

# 亀田第一病院 診療予約申込書

**FAX 025-382-7708**

TEL 025-382-3111(代)

FAX送付時、以下の確認をお願いいたします。

- 1 申込時に診療情報提供書FAXをお願いします。
- 2 受付時間: 平日8:30~17:30 本日依頼16:30まで
- 3 本日・入院のご依頼は必ず**太枠内**をご記入下さい。

申込日 年 月 日

及 び 医 療 機 関 名	TEL ( ) - FAX ( ) -	
	診療科	科
診 療 区 分	<input type="checkbox"/> 外来	希望 医師名
	<input type="checkbox"/> 入院	希望日
		<input type="checkbox"/> 本日中 <input type="checkbox"/> 2・3日中 <input type="checkbox"/> いつでも可
	<input type="checkbox"/> セカンド <input type="checkbox"/> オピニオン ※患者様より別紙「セカンドオピニオン同意書」をご記入いただき、 同意書、診療予約申込書(本申込書)、診療情報提供書を一緒にご送付ください。	

希 望 の 場 合 入 院	体温	℃	血圧 ( / )	脈拍	回/分	SpO <sub>2</sub>	%
	かぜ 症状	(現在の症状に ○記入)	なし	・ 倦怠感	・ 鼻水	・ 咳嗽	・ 咽頭痛

患 者 情 報	患者 番号		亀田第一病院 受診歴	有	・ 無	画像データ CD持参	有	・ 無
	氏名	フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生	( 歳)
	住所							
	TEL ( ) -	携帯 ( ) -						

紹介目的 (病名・診断名)	
------------------	--

現 在 状 内 ・ 服 既 中 往 の ・ お 経 薬 過	
---	--

入院をされた場合はご記入下さい。		希望の検査がある場合は☑をご記入下さい。
①認知症	<input type="checkbox"/> 有 (声出し 有・無) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診(便潜血陽性) <input type="checkbox"/> 胃カメラ
②移動方法	<input type="checkbox"/> 担送(ストレッチャー・リクライニング車椅子) <input type="checkbox"/> 護送(杖・歩行器・車椅子) <input type="checkbox"/> 独歩	胃カメラ・大腸カメラ等の検査を希望される場合はご記入下さい。
③施設名( )		抗凝固剤薬を内服していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車・ <input type="checkbox"/> 救急車・ <input type="checkbox"/> 施設送迎 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー・ <input type="checkbox"/> タクシー	検査時休薬してもよろしいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( 日前から休薬が必要)

(2024年6月)