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 本日依頼、入院依頼は**太枠内**を必ずご記入下さい。

申込日 年 月 日

及 び 医 療 機 関 名	TEL () - ()		FAX () - ()		ご連絡担当者 ()	
	☐ 外来 ☐ 入院	診療科	科	希望 医師名	医師	
		希望日	☐ 本日中 ☐ 2・3日中 ☐ いつでも可			
	☐ 骨密度 測定	検査後、骨粗鬆症の治療が必要との診断となった場合、 (☐ 亀田第一病院 ・ ☐ 紹介元) での治療を希望する			※紹介元での治療を希望 の場合でも、当院で定期 的な検査を受けられます	
☐ セカンド オピニオン	※「セカンドオピニオン同意書(患者様自署)」、診療予約申込書、診療情報提供書を FAXにて一緒にご送付下さい(当院HPセカンドオピニオンページご参照)					

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
	フリガナ							生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和
	氏名						男 ・ 女		年 月 日 (歳)
	住所								
TEL () - ()	携帯		-		-				

本 日 希 望 の 場 合	体温	℃	血圧 (/)	脈拍	回/分	SpO ₂	%
	かぜ 症状	(現在の症状に ○を記入)		なし ・ 倦怠感 ・ 鼻水 ・ 咳嗽 ・ 咽頭痛 ・ その他 _____			

紹介目的 (病名・診断名)	
現在 内 服 中 の お 薬	

入院の場合は☑をご記入下さい	以下の検査希望の場合は☑をご記入下さい
①認知症 ☐ 有 (声出し 有 ・ 無) ☐ 無 ②移動方法 ☐ 担送(ストレッチャー ・ リクライニング車椅子) ☐ 護送(杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子) ☐ 独歩 ③施設名 () 来院方法 ☐ 自家用車 ・ ☐ 救急車 ・ ☐ 施設送迎 ☐ 福祉タクシー ・ ☐ タクシー	☐ 大腸がん検診(便潜血陽性) ☐ 胃カメラ 抗凝固剤薬を内服していますか ☐ はい ☐ いいえ 検査時休薬してもよろしいですか ☐ はい ☐ いいえ (日前から休薬可)

(2025年5月)