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

医療機関名及び医師名	TEL（　　）　　－　　FAX（　　）　　－ ご連絡担当者（　　）			
診療区分	☐ 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	検査の結果は1週間程度かかるため、後日再受診が必要となります。		
	☐ 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、当院HPセカンドオピニオンページご参照）、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。		

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　　日生 （　　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・症状・既往・経過	

入院の場合は☑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

以下の検査希望の場合は☑をご記入下さい
☐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8月 ）