多根記念眼科病院外来予約申込書(FAX用)

2021.4改訂

地域連携室　宛　　FAX: 06－6585－2123

※診療情報提供書を添付していただきますようお願いいたします。

添付ができない場合は、予約日の3日前(土日祝 除く)までにご送付ください。
（場合によっては先に依頼させていただくことがあります）

令和　　年　　月　　日

診療依頼目的
病名　等

☐ 別紙参照　　※予約日当日には診療情報提供書の原本をご持参ください。

患者情報

フリガナ

氏名:　　様

性別:　男　女

生年月日:　大 昭 平 令　　年　　月　　日生(　　歳)

住所:　〒

電話番号:　自宅:

携帯:

散瞳:　禁 ・ 可 (ミドリンP ・ ミドリンM ・ ネオシネジン)

当院受診歴:　あり ・ なし

コミュニケーション:　☐良好　☐困難　☐認知症 (付添 : 有 ・ 無)

移動:　☐独歩 ☐つえ ☐車椅子 ☐ストレッチャー

【既往】

分かる範囲で結構ですのでご記入ください

リスクの高い全身疾患の有無

☐ 有

病名

(　　)

☐ 無　　☐ 不明

※下記疾患で通院中の場合✓をつけてください

☐ 統合失調症

☐ アルコール依存症

☐ パニック障害

☐ 結核

紹介元医療機関

病院名/(科):　　**医師名:**

〒

住 所:

電話番号:　　**FAX:**

担当者様 【　　】

受診希望日

希望受診日時:　☐ 希望日　1.　月　日
2.　月　日

☐ 特に希望日なし

※本日もしくは明日受診希望の場合は、直接お電話にてお問い合わせください。

希望医師名:　**希望なし ・ 希望あり【　　】**

多根記念眼科病院　地域連携室
TEL: 06-6585-2166
FAX: 06-6585-2123