

多根記念眼科病院外来予約申込書(FAX用)

H27.3.1改訂

FAX: 06-6585-2123

地域連携室 宛 ★受診当日には診療情報提供書をご持参いただきますようお願いいたします。

平成 年 月 日

診療依頼目的・病名	
患者情報	<p>フリガナ _____</p> <p>氏名: _____ 様</p> <p>性別: <u>男</u> 女</p> <p>生年月日: <u>M T S H</u> 年 月 日生(歳)</p> <p>住所: 〒 _____</p> <p>電話番号: 自宅: _____</p> <p>携帯: _____</p> <p>散瞳: <u>禁・可</u> (ミドリンP・ミドリンM・ネオシネジン)</p> <p>当院受診歴: _____ あり ・ なし</p>
	<p>移動:</p> <p>独歩</p> <p>杖歩行</p> <p>車いす</p> <p>コミュニケーション:</p> <p>良好</p> <p>難聴</p> <p>困難</p>
紹介元医療機関	<p>病院名・科: _____ 医師名: _____</p> <p>住所: 〒 _____ 地域連携室担当者氏名</p> <p style="text-align: right;">【 _____ 】</p> <p style="text-align: right;">連絡先</p> <p style="text-align: right;">【 _____ 】</p> <p>電話番号: _____</p> <p>FAX: _____</p>
受診希望日	<p>希望受診日時: <input type="checkbox"/> 希望日 1. 月 日 AM・PM</p> <p style="padding-left: 100px;">2. 月 日 AM・PM</p> <p><input type="checkbox"/> 特に希望日なし</p> <p style="text-align: center;">※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。</p> <p>希望医師名: _____</p> <p style="text-align: center;">※希望医師名は、希望される場合のみご記入下さい。</p>