

多根記念眼科病院外来予約申込書(FAX用)

H30.2.1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 等

フリガナ _____
氏名: _____ 様
性別: 男 女
生年月日: _____ M T S H 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
移動: 独歩 つえ 車椅子 ストレッチャー

既往
リスクの高い
全身疾患の有無
 無
 有
病名:
かかりつけ医:

患者情報

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 AM・PM
 2. 月 日 AM・PM
 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 【 】