

多根記念眼科病院外来予約申込書(FAX用)

2019.4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 | |
| 患者情報 | フリガナ _____ 氏名: _____ 様 性別: <u>男</u> 女 生年月日: _____ 年 月 日生(歳) 〒 _____ 住所: _____ 電話番号: 自宅: _____ 携帯: _____ 散瞳: <u>禁</u> ・ 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: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 認知症 移動: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つえ <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 病名 (_____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ※下記疾患で通院中の場合 ✓をつけてください <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 希望日 1. _____ 月 日 AM・PM 2. _____ 月 日 AM・PM <input type="checkbox"/> 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 【 _____ 】 | |