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