

多根記念眼科病院外来予約申込書(FAX用)

2025.9改訂

地域医療連携室 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

地域医療連携室

TEL: 06-6585-2166

FAX: 06-6585-2123