

多根記念眼科病院外来予約申込書(FAX用)

2026.4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 | | <input type="checkbox"/> 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 _____ | 【既往】 |
| | 氏名: _____ 様 | リスクの高い全身疾患 病名 |
| | 性別: 男 女 | 〔 _____ 〕 |
| | 生年月日: 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳) | |
| | 住所: 〒 _____ | がん治療歴 |
| | 電話番号: 自宅: _____ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 携帯: _____ | ※下記疾患で通院中の場合 ✓をつけてください |
| | 散瞳: 禁 ・ 可 (ミドリンP ・ ミドリンM ・ ネオンネジン) | <input type="checkbox"/> 統合失調症 |
| 当院受診歴: _____ あり ・ なし | <input type="checkbox"/> アルコール依存症 | |
| 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 (付添 : 有 ・ 無) | <input type="checkbox"/> パニック障害 | |
| 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 | <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 |
| | | 2. _____ 月 _____ 日 |
| | <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 【 _____ 】 | |

多根記念眼科病院

地域医療連携室

TEL: 06-6585-2166

FAX: 06-6585-2123