

あさぎり病院

外来診察 予約依頼票

FAX送信先:078-912-7574 地域連携室

お問い合わせは、地域連携室 直通電話078-912-7574までお願いいたします。

申込日: 年 月 日

受診希望科 に 「○」を記入	眼科		内科	産婦人科
	白内障	眼瞼	一般内科	産科
	多焦点レンズ	斜視、小児眼科	糖尿病科	一般婦人科
	黄斑	角膜	消化器内科	細胞診異常
	網膜硝子体	PRK (PTK) 依頼	膠原病・リウマチ内科	
	涙道	ぶどう膜炎		
	緑内障、神経眼科	その他		

希望医師 : 無
 有 (医師)

希望受診日 : 希望日なし
 第1希望 : 月 日
 第2希望 : 月 日
 第3希望 : 月 日

患者様の状況 : 外来待機中
 帰宅
 入院中 (退院後受診 入院中受診)

紹介元医療機関名:

医師名:

所在地:

TEL:

FAX:

《患者様データ》

フリガナ		男	生年月日・年齢
氏名	(旧姓)	女	年 月 日生 (歳)
当科への 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券番号;) ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明		
連絡先		携帯	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 医師同士の事前相談 有: 医師)		
	↓ 診断名・紹介目的 ※必ずご記入ください!!		
	※事前の病状把握のため、できあがり次第、診療情報提供書のFAXをお願いいたします。		
患者様の 状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		

予約受付票

日付: _____

紹介元医療機関

先生御侍史

医療法人社団 吉徳会
あさぎり病院
〒673-0852 明石市朝霧台1120番地2
TEL: (078)912-7575
FAX: (078)913-6763

TEL: _____
FAX: _____

地域医療連携室
TEL: 078-912-7574
FAX: 078-912-7574

この度は、患者様をご紹介いただきまして、ありがとうございます。
下記の通り、本院での診療予約を受け付けましたので、お知らせいたします。
「予約受付票」、紹介状、および入院中の場合は通知書を患者様にお渡しください。

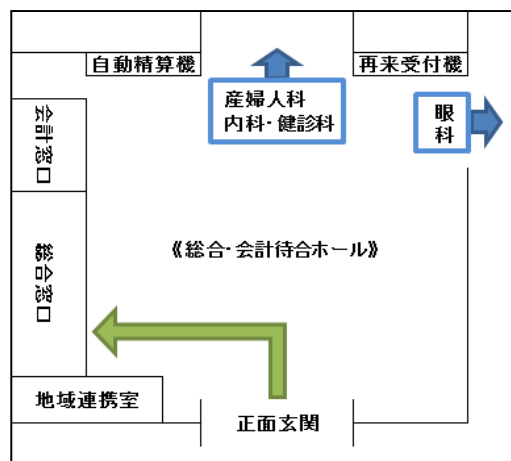
記

フリガナ		当院ID	
ご紹介患者氏名			
受診科			
予約日		予約時間	

注) 予約時間は、診療開始時間ではありませんので、ご了承ください。

患者様へ

- ・予約時間の15～30分前に「予約受付票」、
「診療申込書」、「問診票」、紹介状、
保険証、お薬手帳等をお持ちのうえ、総合
窓口にて受付をお願いいたします。
※事前に別紙の診療申込書と問診票の
記載をお願いいたします。
- ・当日の診察状況により診察に長時間要する
ことがあります。
- ・予約日時の変更、キャンセルをされる
場合は予約申込みをしていただいた
医療機関にご連絡ください。



来院時の注意事項

- 全科共通（新型コロナウイルス感染対策）
 - ・ マスクの着用が必須となります
 - ・ 自宅で検温をお願いいたします
※37.5℃以上の発熱がありましたら、受診前に必ず当院までご連絡ください
 - ・ 各科にて体調確認を行ないますので、ご協力下さい
 - ・ 付添の方は、極力ご遠慮ください
- 眼科
診察の際に散瞳（もしくは縮瞳）をすることがあります。4～5時間程度、焦点があわなくなったり、まぶしく感じたり（暗く感じたり）します
お車やバイク等の運転は危険ですので、お避け下さい
- 内科
 - 来院当日は食事を取らずに空腹の状態でお越し下さい
 - 食事制限の必要はありません
- 産婦人科
予約時間の30分前にお越し下さい

診 療 申 込 書 (太枠内を記入して下さい)

受 付

申込年月日	年 月 日	カルテNo.	
-------	-----------------	--------	--

これまでに当院を受診したことがありますか	はい ・ いいえ
----------------------	----------

受診希望科に○印	眼科	産婦人科	内科	健診科
----------	----	------	----	-----

外傷による受診の方はご記入ください	仕事中的おケガですか	はい ・ いいえ
	通勤中的おケガですか	はい ・ いいえ
	交通事故ですか	はい ・ いいえ

フリガナ				男性 女性
氏 名	(旧姓)			
生年月日 (西暦可)	大正 昭和	年 月 日生 (歳)	平成 令和	
現住所	〒 -			
電話番号	() -			
携帯番号	- -			

産婦人科受診かつ該当される方はご記入ください。

里帰り先	〒 -	() 様方
住 所		
電話番号	() -	

* 保険証をお持ちでない方は自費扱いとなります。

* ご記入後は、保険証・福祉や高齢者受給者証等を添えて総合受付へご提出ください。

* 紹介状は受付後、各診療科窓口にてご提出ください。

眼科問診票

氏名; _____ 年齢; _____ 歳

1) 本日の来院手段として、ご自身で運転されましたか。

はい いいえ

※車・バイク・自転車etc

2) 本日の来院理由をお書き下さい。

視力低下または、かすんで見える (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

飛蚊症(黒い影が飛んで見える) (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

ゆがんで見える (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

物が2つに見える (右眼 左眼 両眼)
 両眼で見たとき 片眼で見たとき
症状はいつ頃からですか()

まぶたの腫れ (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

目の痛み (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

充血 (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

違和感がある (右眼 左眼 両眼)
 乾燥する しょぼしょぼする 異物感がある
症状はいつ頃からですか()

かゆみ (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

涙が出る (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

目やにが多い (右眼 左眼 両眼)
症状はいつ頃からですか()

白内障手術希望

眼鏡処方希望 ※基本、次回予約となります

コンタクト定期検査・処方希望 ※完全予約制

定期検査

眼底検査

緑内障

その他()

その他の症状

3)眼科の治療歴

- 白内障手術
- 緑内障手術
- 硝子体手術
- 硝子体内注射(アイリーアやルセンティス)
- 斜視手術
- 屈折矯正手術(LASIKなど)

- レーザー治療
- 投薬治療
- その他

4)その他の治療歴

- 高血圧
- 糖尿病
(DM手帳を持っている)
- 心疾患
- 喘息
- その他

- 癌
- TS1を服用している

5)アレルギーの有無

- なし あり

※ありの方は下記該当薬剤にチェックください

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ピリン系 | <input type="checkbox"/> 抗生物質 | <input type="checkbox"/> 防腐剤 |
| <input type="checkbox"/> 散瞳剤 | <input type="checkbox"/> キシロカイン | <input type="checkbox"/> 造影剤 |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

6)コンタクトレンズの装用

- なし あり (本日、レンズを装用している)
- ハードレンズ
 - 2週間使い捨てソフトレンズ
 - 1dayタイプソフトコンタクトレンズ
 - その他

7)喫煙問診

現在タバコを吸っていますか。

- 吸わない やめた(年前に)
- 吸う(年前から)

8)他院からの紹介状の有無

- なし あり