

あさぎり病院

外来診察 予約依頼票

※白内障手術依頼時に使用ください

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	斜視、小児眼科	一般内科	産科
	多焦点レンズ	角膜	糖尿病科	一般婦人科
	黄斑	PRK(PTK)	消化器内科	細胞診異常
	網膜硝子体	ぶどう膜炎	膠原病・リウマチ内科	女性外来
	涙道	IPL治療(自費)※1		
	緑内障、神経眼科	ICL(自費)		その他
眼瞼	その他			

※1 IPL治療予約は毎週木曜日 午後のみとなります。ご注意ください。

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)
当院への 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)		
	白内障手術依頼 ※白内障術前検査同日実施希望(あり・なし) 注)術前検査同時希望の場合は、ご予約可能日が先になります。お急ぎの場合は、「なし」を選択ください		
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		

※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。