

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	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	ぶどう膜炎	消化器内科	細胞診異常
	網膜硝子体	IPL治療(自費)※1	膠原病・リウマチ内科	女性外来
	涙道	ICL(自費)		
	緑内障、神経眼科	その他		その他
	眼瞼			

※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 ※緊急症例の場合は、お電話ください
:☐ 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	.
氏名	(旧姓)	女	年 月 日生 (歳)
当院への 受診歴	☐ 有(診察券番号;) . ☐ 無 . ☐ 不明		
連絡先		携帯	
紹介目的	☐ 診察 ☐ 入院 ☐ 手術 (☐ 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	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		