

# 中京眼科外来紹介申込書(FAX用)

FAX: 052-883-1552

ご紹介いただく患者様が円滑に受診いただけるよう紹介患者様の予約を受け付けております。  
 お手数ではございますが、事前にこちらの用紙をFAXしてください。  
 また、別紙「患者様用 受診予約のご案内」と診療情報提供書は患者様にお渡しください。  
 よろしく願いいたします。

令和 年 月 日

患者情報	診療依頼目的病名 等 白内障/緑内障/硝子体手術/ICL/眼形成/斜視弱視/その他[ ]	
	希望医師名 希望なし ・ 希望あり [ ]	
	フリガナ	
	氏名	様
	性別	男 ・ 女
	生年月日	大/昭/平/令 年 月 日生( 歳)
	電話番号	自宅: 携帯:
	既往(わかる範囲でご記入ください) リスクの高い全身疾患の有無 <input type="checkbox"/> あり 病名 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	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	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 認知症(付添 : 有 ・ 無 )	
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	
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	

中京眼科

TEL: 052-883-1543

FAX: 052-883-1552