

福島アイクリニック

診察予約依頼用 FAX 用紙 (医療機関用)

FAX 番号: 06-6136-3002

貴院の名称

住所:

TEL:

FAX:

医師名 _____ 先生

希望担当医師 (桑山 ・ 狩野 ・ 数尾 ・ 指定なし)

受診希望曜日 (希望医師により来院時刻が異なります)

- ・ 至 急 (→必ず病状を下欄にご記入下さい)
- ・ 第1希望: 月・火・水・木・金 (午前・午後)
- ・ 第2希望: 月・火・水・木・金 (午前・午後)
- ・ 不都合日: 月・火・水・木・金
- ・ 特に希望なし

ふりがな _____

生年月日 [大・昭・平・令]

_____ 年 _____ 月 _____ 日

受診者氏名 _____ 様 (男・女)

住所 〒 _____

電話番号

自宅: ()

携帯: ()

保険種別 国保 社保 生保

- 当院受診歴 なし・あり(ID: _____)
- 紹介目的: 緑内障精査 ・ 緑内障手術 ・ 白内障手術 ・ 転院希望
その他 (_____)
- 傷病名・病状 (予約取得の参考にしますので、眼圧値や現状につき簡単にご記載下さい)

※ 緑内障の方は紹介状に必ず眼圧推移、視野結果、投薬内容をご同封下さい。

- 特記事項: 車椅子 ・ 認知症 (付き添い : 有 ・ 無)
- 通院手術加療: 可能 ・ 不可能

すべての欄をご記入の上 FAX して下さい。折り返し予約通知書を返信いたします。
(17時以降の FAX につきましては翌日の返信となります。)

福島アイクリニック www.k-eye.com

患者専用 TEL:06-6453-2001 医療関係者用 TEL:06-6136-3001

(電話受付時間: 平日 9時~13時、15時~17時)

休診日: 土・日・祝祭日・年末年始・学会期間