

宮崎中央眼科病院 紹介連絡書

FAX番号 0985-72-8500

※診療情報提供書を添付していただきますようお願い致します。

(添付ができない場合は受診日の3日前までにご送付ください。)

※緊急を要する場合は、受診のご案内をいたしますので、直接お電話
でお問い合わせください。

令和 年 月 日

診療依頼目的 病名等 _____ ※予約当日には診療情報提供書の原本をご持参ください。

受診日	令和 年 月 日 () ・ 未定
-----	-------------------

患者情報	ふりがな	性別 : <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	患者氏名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
	住所	
	TEL	
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
	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 (付き添い: 有・無)
	ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
眼内レンズ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (使用レンズ:)	

紹介元医療機関名	
TEL	
FAX	
予約担当者	

当日ご持参いただくもの
<input type="checkbox"/> 紹介状
<input type="checkbox"/> 保険証
<input type="checkbox"/> お薬手帳

※受診日未定の場合は、受診日が決まり次第、患者様からでもご連絡頂けると幸いです。

【お問い合わせ先】

宮崎中央眼科病院

TEL 0985(24)8714 (外来看護直通)