

専門外来紹介予約申込書 (斜視・神経眼科外来・ぶどう膜炎外来用)

【宛先】 眼科三宅病院 FAX 番号 052-915-8525

希望診療科 に○印	()斜視・神経外来 (月曜午前・水曜午後) 前久保知行医師	()ぶどう膜炎外来 (火曜午前) 神野安季子医師
--------------	-----------------------------------	------------------------------

ふりがな	男	大正	昭和	平成	令和
患者様氏名	女		年	月	日生
住所					
患者様の連絡先 (日中連絡がとれる番号)					
①					
②					

上記をご記入いただき、診療情報提供書を一緒に FAX していただきますようお願い申し上げます。この予約申込書は FAX 後に診療情報提供書 (検査結果・画像データなどの添付資料) とともに患者様にお渡しください。

【患者様へ】

翌診療日以降にこちらから患者様にご連絡させていただき予約をお取りいたします。
ご連絡があるまでお待ちください。

数日お待ちいただいてもご連絡がない場合はお手数ですがフリーダイヤル **0120-947-516**
(月～金 13:00～16:30) までご連絡をお願いいたします。

【予約日】

月 日 () 時 分来院 (連絡がありましたら記入してください)

当日は予約申込書・診療情報提供書・マイナンバーカード (または資格確認証)
受給者証・お薬手帳をご持参ください。

眼科三宅病院 052-915-2381 (地域連携室)