

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 052-938-4127 (専門外来予約専用)

緊急の場合は予約の必要ありません。診療時間内に診療情報提供書を持参のうえ直接
ご来院いただきますようお願いいたします。

希望診療科	()斜視・神経外来 (月曜午前・水曜午後)				()ぶどう膜炎外来 (火曜午前)				
に〇印	前久保知行医師				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・保険証(マイナンバーカード)・受給者証・お薬手帳
をご持参ください。