

眼科 紹介患者様事前申込書 (紹介状とあわせてFAX送信をお願いします)

【送信先】

新潟県厚生連 村上総合病院 地域医療連携室

電話番号 0254-53-2141

FAX番号(直通) 0254-50-0167

【予約受付時間】 平日 8:30~16:30 (翌日の診察希望は前日12:00まで)

上記受付時間以外にFAXを送信された場合、翌日(休日明け)の処理となりますのでご了承ください。

※急患・当日受診はFAXではお受けできません。診療科に直接ご相談ください。

申込日 年 月 日

ご依頼元	医療機関名		電話番号	
	医師名		FAX番号	

フリガナ				男 ・ 女
患者様氏名				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 (歳)
住所	〒 -			
	電話番号		携帯電話	
	※日中連絡がとれる電話番号を必ずご記入ください			
当院の受診歴	有 (ID:) ・ 無 ・ 不明			

紹介目的に☑を付けてください

- ① 白内障手術のご依頼
- ② 硝子体内注射を要する疾患のご依頼
- ③ 網膜硝子体手術を要する疾患のご依頼
- ④ 眼科精密検査、放射線検査などのご依頼
- ⑤ 後発白内障への後囊切開のご依頼
- ⑥ 糖尿病患者様の精密検査
- ⑦ その他 (内容:)

都合の悪い日がありましたら、ご記入ください

※診療内容ごとに予約日が決まっている為、ご希望に添えない場合もあります。予めご了承ください。

患者様の状態	※いずれかに○印をつけてください		
	待合室で (待っている / 待っていない / 入院中・入所中)		

保険証および公費医療証をFAXしていただければ下記は不要です。

保険者番号		被保険者区分	本人 ・ 家族
保険証記号番号		資格取得年月日	年 月 日
公費負担者番号		資格取得年月日	年 月 日
公費受給者番号			