

**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 ・ 指定なし )

**受診希望曜日**

- ・ 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 ( 9時・9時半・14時 )
- ・ 第2希望：月・火・水・木・金 ( 9時・9時半・14時 )
- ・ 不都合日：月・火・水・木・金
- ・ 特に希望なし

ふりがな \_\_\_\_\_

生年月日 [ 明・大・昭・平 ]

\_\_\_\_\_ 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]

※ 緑内障の方は必ず 紹介状 視野検査データ 投薬内容 を持参させて下さい。

■ 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](http://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