

診療情報提供書 【蛍光眼底造影 専用】

<様式 9>

申込日(西暦) 年 月 日

送付先: 予約専用
FAX: 079-451-8653

【紹介元情報】
所在地 〒

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

加古川中央市民病院

眼科 主治医

名称
診療科 医師名
TEL
FAX(必須)

【希望診療科】

眼科

【患者情報】

氏名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日()歳
	男・女	TEL	自宅 ()	—		
	旧姓() ※必ず記載をお願いします。		携帯 ()	—		
住所	〒					
診断名						
紹介目的	蛍光眼底造影検査					
現状	<input type="checkbox"/> 外来通院中	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 無		
予約希望日	第一希望	月	日	第二希望	月	日
	いつでもよい	その他()				
紹介内容	(①主訴 ②既往歴 ③家族歴 ④病歴 ⑤症状 ⑥検査所見 ⑦治療経過 ⑧現在の処方 ⑨その他) ※ご記入いただくか紹介状の添付をお願いいたします。(紹介状は当日必ずご持参ください)					

FA 施行をお願いします。

FA/IA 施行をお願いします。

返書の媒体は、CD-Rとなります。

* 本予約は検査専用となります。診察はありませんのでご了承ください。

改訂: 2026年2月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651

予約受付時間は平日 月～金 9:00～17:30です。FAXは24時間受け付けておりますが、受付時間外のお申し込みは、原則、翌業務日以降のお返事となります。受付時間内のお申し込みでも、その時の予約状況等によって翌業務日以降のお返事になる場合がございますので、予めご了承ください。緊急時は必ずお電話をお願いいたします。