

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4月

予約専用窓口 FAX: 079-451-8653 (24時間受付) TEL: 079-451-8651

予約受付: 平日 9:00~17:00 (月火水金は17:30まで)

お申込の時間帯や予約状況により、お返事が翌業務日以降になる場合がございます。予めご了承ください。

【緊急時】必ずお電話にてご連絡をお願いいたします。

加古川中央市民病院