

診療予約申込書（眼科専用）

旭川医科大学病院
患者総合サポートセンター地域連携部門 宛
FAX : 0166-69-3044
TEL : 0166-69-3055

【(紹介元)医療機関】
住 所
医療機関名
主治医

FAX : () -

TEL : () -

◆救急患者さんにつきましては、病院代表番号(0166-65-2111)に連絡を頂き、眼科担当医師と直接相談をお願いいたします。

旭川医科大学病院受診歴（有・無・不明）

* カルテの二重登録防止のため、改姓された方は旧姓も記載ください。

フリガナ	旧姓()	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男 ・ 女
患者氏名				
住 所	〒	電 話 携 帯 電 話	() - () -	

【必須】受診を希望する専門外来に☑をしてください。

【任意】希望の曜日・時間があれば○で囲ってください。(希望に沿えない場合もあります)

- | | | | |
|----------------------------------|-------|---------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 | 月・金 | ①8:40・②9:00 | ①はFax申込専用 |
| <input type="checkbox"/> 黄斑疾患 | 月・金 | ①8:40・②9:00 | ②はFax申込で選択可だが、Web申込優先 |
| <input type="checkbox"/> 角膜 | 月・金 | ①8:40・②9:30 | ※③FaxとWeb併用。旭川市在住の方のみ |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | 火・木 | ①8:40・②9:00 | |
| <input type="checkbox"/> 涙道 | 火 | ②9:00 | |
| <input type="checkbox"/> 眼形成 | 火 | ①8:40・②9:30 | |
| <input type="checkbox"/> 眼炎症 | 水 | ①8:40・準緊急 | |
| <input type="checkbox"/> 斜視弱視 | 水 | ①8:40・②9:00・※③13:00 | |
| <input type="checkbox"/> 上記以外の疾患 | 月・水・金 | ①9:00・②10:00 | |

◆受診希望日や都合の悪い日がある場合は、下記、連絡事項等の欄に記載してください(希望に沿えない場合もあります)

傷病名(主訴)	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 手術目的 <input type="checkbox"/> 検査目的(手術適用の可否等) <input type="checkbox"/> 精査・加療(治療) <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項等	

* 紹介状原本は患者さんにお渡しし、受診当日にお持ちいただくことをお伝えください。

* 紹介状原本を、数日以内(受診当日の前日まで)に当院へFAXでお送りください。

- この申込書に必要事項をご記入の上、受診希望日の前診療日16時15分までにFAX送信をお願いします。
- 予約日時が決定した後、予約連絡票にて貴院へ返信しますので、患者さんへの連絡をお願いします。
- 予約受付時間外<平日16時15分以降・土曜日・日曜日・祝日・年末年始(12月29日~1月3日)>のお申込みについては、翌診療日での対応となりますので、ご注意ください。
- 上記に関わらず、Web予約システムでは24時間365日受付(医師指定の場合はFAXで受付)しています。

患者さんの状況

-
- お待ちしています(予約票FAX返信待ち)
-
-
- 帰宅しています