

令和 年 月 日

医療法人社団ひかり会

木村眼科内科病院 地域医療連携室宛

電話番号 0823-26-2711

FAX番号 0823-26-2718

貴施設名

医師名

■ 患者紹介連絡票

ふりがな			男
氏名			女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒		
電話番号	自宅		
	携帯		
当院の受診歴	あり (頃・旧姓) / なし		
希望日 曜日など			
希望医師	Dr / 担当医		至急 / 通常
■ 紹介目的・依頼内容			散瞳歴
			あり / なし