

# 宮崎大学医学部附属病院 眼科初診予約申込書 1/2枚目

FAX番号 0985-85-9888(予約専用)

## 【 宮崎大学医学部附属病院 眼科初診の受付方法 】

- ①従来通り、電話で初診予約(0985-85-9606)をお願い致します。
- ②電話で予約取得後、下記1～3を当日中に眼科外来までFAX(0985-85-9888)して下さい。

### <FAX必要書類>

- 1 宮崎大学医学部附属病院 眼科初診予約申込書(計2枚)
- 2 診療情報提供書 ※原本は初診日に患者様をご持参ください。
- 3 内服有りの場合は最近のお薬手帳のコピー

### <予約に関するTEL・FAX> ※緊急入院の可能性がある場合は、予約申し込み時にお伝えください。

- ◆ 初診予約TEL ※予約専用 : 総合予約室 **0985-85-9606** (午前9時～午後4時)
- ◆ 書類FAX : 眼科外来 **0985-85-9888** (午前9時～午後5時)
- ◆ 時間外緊急TEL : 眼科病棟 **0985-85-1797**

申込日 令和 年 月 日

受診日 令和 年 月 日 ( )

・緊急性	有	無	不明
・緊急入院の可能性	有	無	不明

### <<紹介元医療機関>>

病院名		電話( ) -
医師名		FAX( ) -
所在地	〒	

### <<患者情報>>

フリガナ		性別
患者氏名		男 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	〒	
	TEL:	- -
	携帯:	- -

# 宮崎大学医学部附属病院 眼科初診予約申込書 2/2枚目

※分かる部分のみで結構ですので、記入をお願いします。

患者氏名 : \_\_\_\_\_

### 診断名

- |                               |               |           |
|-------------------------------|---------------|-----------|
| 1. 鼻涙管閉塞                      | 2. 内反症        | 3. 腫瘍     |
| 4. 角膜                         | 5. 緑内障        | 6. 白内障    |
| 7. ぶどう膜炎                      | 8. 網膜血管閉塞     | 9. 糖尿病網膜症 |
| 10. 黄斑円孔                      | 11. 黄斑前膜      | 12. 網膜剥離  |
| 13. 中心性漿液性脈絡網膜症               | 14. 加齢黄斑変性症   | 15. 網膜下出血 |
| 16. 硝子体出血                     | 17. 視神経炎/視神経症 | 18. 斜視    |
| 19. その他(                    ) |               |           |

※該当する疾患名に○をつけて下さい。

・高血圧	無	不明	有	コントロール（良好・不良）
・糖尿病	無	不明	有	内服有・インスリン有（                    ） Hb-A1c（                    ）%
・喘息	無	不明	有	
・アレルギー	無	不明	有	
・心疾患	無	不明	有	
・腎疾患	無	不明	有	透析病院名 _____ 透析曜日                    月・火・水・木・金・土・日 シャント造設                    右腕                    左腕                    その他
・ADL	独歩	付き添い歩行	杖歩行	車椅子                    その他（                    ）
・施設入所中	無	有		有の場合                    施設名                    _____ 施設電話                    _____
・認知症	無	不明	有	（                    ）
・精神運動発達遅滞	無	不明	有	
・内服薬		有	無	
・抗血小板薬・抗凝固薬の内服		有	無	

（※内服有の場合は、お薬手帳のコピーをFAXしてください。）

※ペースメーカー・体内金属有りの場合は事前に導入した病院にMRI可能か問い合わせ頂くと助かります。