

白内障手術依頼用紙

医療法人若葉会 堺若葉会病院 行

医療機関名称

所在地

TEL

FAX

医師氏名

太枠内を、ご記入お願いします。

フリガナ 患者氏名	様		性別 ()
生年月日	年	月	日 (歳)
住所	〒		
TEL	携帯番号		
送迎希望	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
送迎を希望される 際のみ	ADL: <input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車いす	同乗者: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	日帰り入院 ・ 一泊入院	翌日診察: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
特記事項			

<<院内使用欄>>

			迎			送
			病院発	自宅着	病院着	病院発
術前	/ ()	AM・PM	:	:	:	:
手術①	/ ()	日・泊	:	:	:	:
	/ ()	翌・帰	:	:	:	:
手術②	/ ()	日・泊	:	:	:	:
	/ ()	翌・帰	:	:	:	:

	日付	名前
配車	/	
連絡	/	

<特記事項>

- 保険情報確認
 診療情報提供書依頼
 お薬手帳持参依頼
 施設の場合介護
 サマリー依頼



医療法人若葉会

堺若葉会病院

☎072-255-1001

FAX072-255-8008