

Top トメモリ眼科・形成外科
TOMEMORI OPHTHALMOLOGY & PLASTIC SURGERY CLINIC

診療・手術予約依頼 FAX用紙

FAX 0736-32-9388

① 貴院の情報

名称

住所

電話番号

FAX番号

医師名

先生

② 患者様の情報

フリガナ

生年月日 [大正・昭和・平成・令和]

氏名

様

(男・女)

年

月

日

〒

—

住所

都道

市

府県

町村

電話番号

ご本人様以外のご連絡先

希望日

月

日

または (月・火・木・金・土)

午前・午後

※網膜剥離等、緊急手術はご連絡くださいますようお願い申し上げます。

【主訴・傷病名】

【紹介目的】

白内障・手術

近視矯正

緑内障

糖尿病網膜症・手術

黄斑部手術・レーザー

抗VEGF治療

小児眼科

眼瞼下垂など

その他

◆受診の際は診療情報提供書と保険証等は必ずご持参いただけるようご指導お願いいたします。

◆個人情報診療目的にのみ利用し、取り扱いには細心の注意を払っています。

◆ご不明な点等ございましたらお手数ですが当院までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

休診日：水曜日・土曜午後・日曜日・祝日

TEL 0736-32-9358 (電話受付時間9:00~18:00)