

## 検査依頼書（眼底検査）

社会医療法人 寿人会 木村病院  
入退院支援・地域連携部

FAX : 0778-51-0624

TEL : 0778-51-6171

申込日：西暦 年 月 日

## 紹介元

医療機関		医師氏名		④
------	--	------	--	---

## 患者基本情報

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦	年	月 日 ( 歳 )
住所	〒 -				
TEL	- -				

※木村病院 記入欄（ご記入不要です）

木村病院 受診歴： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 不明	木村病院 ID：
---	----------

## 眼底検査 依頼内容

検査予約日時	西暦	年	月	日	時	分
検査部位	<input type="checkbox"/> 両眼 ・ <input type="checkbox"/> 右眼 ・ <input type="checkbox"/> 左眼					
検査データ	<input type="checkbox"/> [検査当日] 患者さまへお渡し ・ <input type="checkbox"/> [後日] 貴院へ郵送					

## 連絡事項

症状経過・検査結果

## 連絡事項

--

# 検査のご案内（眼底検査）

社会医療法人 寿人会 木村病院

## ▼検査日時

西暦 年 月 日 時 分

\* 検査当日は、検査時間の10分前までに受付をお済ませください。

## ▼ご持参いただくもの

### 検査のご案内・検査依頼書

\* 受付時に、ご提出ください。

#### 検査について

- ・ 目の奥の血管の写真を撮影します
- ・ 撮影中は強い光を当てます。
- ・ 検査時間は2～3分程度です。

#### ご注意

- ・ コンタクトレンズを装着している場合、撮影時に外していただきます。一時的に保管できるケースなどをお持ち下さい。
- ・ 検査結果は写真でお渡します。

\* 予約変更等のお問合せにつきましては、下記までお願いいたします。

社会医療法人 寿人会 木村病院  
入退院支援・地域連携部 **0778-51-6171**