

診療情報提供書

東京日帰り手術クリニック 眼科 宛

電話：03-3567-2555

西暦_____年 ____月 ____日

Fax：03-3567-2556

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師名：

患者情報：(別紙参照)

ふりがな：

患者氏名：_____ (男・女)

生年月日：西暦_____年 ____月 ____日 年齢：_____歳

電話番号：_____ (必須)

<紹介内容>

- 東京日帰り手術クリニックでの**手術**を希望されております
 - 全身麻酔 局所麻酔
- 東京日帰り手術クリニックでの治療について**相談**を希望されております

<紹介内容>

診断カテゴリ： 斜視 内反 下垂

診断名： 間欠性外斜視 内斜視 その他 ()

<視力>

RV=_____ (_____ × sph _____ ◯ cyl _____ Ax _____ °)

LV=_____ (_____ × sph _____ ◯ cyl _____ Ax _____ °)

以下詳細は別紙にご記載いただくことも可能です

備考：Faxいただきましたら、東京日帰り手術クリニックより患者さんにお電話して診察時間を予約いたします。
なお手術適応外や患者さんの手術希望がまだ薄い場合は、紹介元での経過観察をお勧めいたします。年齢(5歳以下・高齢者)・全身状態・喫煙者・点滴が取れないなど、当院での全身麻酔対応が難しいと判断する場合は、提携大学病院での入院手術に切り換えることもございます。(東京日帰り手術クリニック)