診療情報提供書　兼　依頼書

（　　年　　月　　日）

小沢眼科内科病院　御中 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　・　外来担当医へ	
ご紹介元施設	施設名 電話番号 FAX番号　　医師氏名

患者さま氏名		男　・　女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日　（　　歳）		
電話番号		携帯番号	

■紹介目的および依頼内容

（　右・左・両　）（白内障　・　緑内障　・　網膜剥離　・　増殖糖尿病網膜症
増殖性硝子体網膜症　・　ＡＭＤ　・　黄斑円孔　・　黄斑上膜
その他（　　））

（　手術　・　外来　・　検査　）　を

（　至急　・　通常　）　で依頼します。

■現病歴および現症　　VD＝　　（　　）　VS＝　　（　　）

検査所見

治療経過等

現在の処方

医療法人　小沢眼科内科病院
〒310－0845　茨城県水戸市吉沢町246－6
TEL 029-246-2111　FAX 029-304-5111