患者様名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　FAX：042-796-9779

◆内科かかりつけ医

当院の訪問眼科診療を定期的に受診する場合、内科かかりつけ医の了承が必要です。
内科かかりつけ医をご記入ください。

病 院 名	
担 当 医	
住　　所	〒　　－
電話番号	

◆お薬処方について

訪問調剤をご利用されている方は、当院より薬局へ調剤依頼をすることがございます。
ご自身で薬局へ行かれる場合は、処方箋をその場でお渡しします。

（　訪問調剤希望　・　処方箋お渡し希望　）

訪問調剤ご希望の場合は下記欄にご記入ください。

薬 局 名	
住　　所	〒　　－
電話番号	
FAX 番号	

◆お支払いについて

お支払いは口座振替、もしくはお振込みをご利用いただけます。
手数料のご負担をお願いいたします。少額の場合はまとめてご精算いただけます。

（　口座振替希望　・　振込み希望　）

請求書、領収書の送付先をご記入ください。

お 名 前	
ご 住 所	〒　　－
電話番号	