

**【大西脳神経外科病院 診療情報提供書 FAX予約票】**  
**FAX：078-938-0399 緊急の電話：078-938-1238**

【申込日 年 月 日】

患者情報		貴医療機関名		
ふりがな		医師名 TEL ( ) - FAX ( ) -		
患者氏名	男・女			
生年月日	年 月 日 (才)			
希望診察日	第1	月	日 (曜日)	
	第2	月	日 (曜日)	
	<input type="checkbox"/> 緊急受診 (連絡済み)		予約済み 月 日	
希望診療科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄	<input type="checkbox"/> 集束超音波治療 (FUS)
	[月～金 AM/PM]	(月 AM/PM 水 AM 金(第1,3) AM/PM 金(第2,4,5) AM)	[月・火・水・金 PM]	[金(第2,4,5) PM]
希望医師	<input type="checkbox"/> 希望あり ( ) 医師 <input type="checkbox"/> 希望なし			
診療経過・主訴 (症状・いつから等) <input type="checkbox"/> 別紙参照				
持参データ	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> その他( )			
希望検査	<input type="checkbox"/> MRI・MRA	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> CT			
	<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 経頭蓋 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	<input type="checkbox"/> その他( )	
●必ずご記入 ください	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人工内耳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	その他金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位 /材質 )		
その他	画像コピー	<input type="checkbox"/> 要 (CD-R ¥1,000 税別)		
	来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	院内待機中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

- ① FAX 受信後、地域医療連携室より FAX にて予約日を連絡いたします。  
 ●平日 18 時までの受信→受信後直ちに ●平日 18 時以降の受信→翌日 (土日祝の場合は翌平日)
- ② 貴院での検査結果・投薬などございましたら、合わせて FAX 頂ければ幸いです。

大西脳神経外科病院 地域医療連携室 TEL：078-938-1288