

大西脳神経外科病院 診療情報提供書

(紹介患者様FAX用紙)

<予約> FAX:078-938-0399 (TEL:078-938-1288)

<緊急の際は TEL:078-938-1238 までお電話ください>

[受診希望]

【申込日 年 月 日】

<input type="checkbox"/> 緊急受診	<input type="checkbox"/> 本日受診希望	紹介元医療機関:
<input type="checkbox"/> 予約希望	第一希望 月 日	医師ご芳名:
	第二希望 月 日	住所:
	【 月 日予約済み】	TEL:
		FAX:

[希望診療科]

<input type="checkbox"/> 脳神経外科 (月～金 AM・PM)	<input type="checkbox"/> 神経内科 (月・水 AM)	<input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄外来 (月～金 PM)
---	---	--

[希望医師名] () 医師 ★印は必ずご記入下さい。

★フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平
★患者氏名	<input type="checkbox"/> 女	★生年月日 年 月 日

★診療経過・主訴 (症状・いつから等)

--	--

<input type="checkbox"/> 診察のみ	【持参されるデータ】 <input type="checkbox"/> 頭部 MRI(撮影日:) <input type="checkbox"/> 頭部 CT(撮影日:) <input type="checkbox"/> エコー(部位: 検査日:) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 検査から診察	【検査ご依頼箇所をチェックして下さい】 ※同日に異なる部位のMRI撮影は出来ません。
<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()
★体内金属の有無 (必ずご記入ください)	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位 / 材質)
<input type="checkbox"/> CT	<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"/> 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"/> その他	

画像コピーが必要な場合ご記入ください。 要 (CD-R 1,000 円税別)

患者様の来院方法 独歩 車いす ストレッチャー

- * お手数ですが上記宛てまでFAXして下さい。担当より折り返しご連絡させていただきます。
- * 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。
- * 平日 17:00 以降及び土・日・祝日到着分のFAXは、回答が翌平日になりますので御了承頂きますようお願い致します。
- * 至急検査・診察をご希望の場合は 078-938-1238 へ連絡お願い致します。