

大西脳神経外科病院 診療情報提供書

(紹介患者様FAX用紙)

TEL:078-938-1288 FAX:078-938-0399

※ <緊急> TEL:078-938-1238 FAX:078-938-1236

[希望診療科]

【申込日 年 月 日】

<input type="checkbox"/> 脳神経外科	月～金 (AM・PM)	紹介元医療機関: 医師ご芳名: 住所: TEL: FAX:
<input type="checkbox"/> 神経内科	月・金 (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) 定期検査 その他 ()

<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】
<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"/> 心電図	
<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

診察・検査希望日 (早め希望 / 第一希望 月 日 / 第二希望 月 日)
(備考:)

【予約済 : 月 日】

- * 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。