

受診申込票・診療情報提供書

年 月 日

(紹介先)
脳神経内科かしわば病院
患者支援センター 宛
直通TEL 011-598-1560
直通FAX 011-598-8210

(紹介元医療機関)
住所
名称
医師氏名
電話番号
FAX番号
ご担当者名

患者情報	フリガナ		受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ID)
	氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 歳 男・女
	住所	〒 TEL 自宅 () 携帯 ()		

診療希望科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> もの忘れ外来 (脳神経内科) <input type="checkbox"/> FUS外来 (脳神経外科) <input type="checkbox"/> 消化器内科
-------	--

紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
主訴又は傷病名	
既往歴	
症状経過 治療経過 現在の処方等	(<input type="checkbox"/> 下記参照 <input type="checkbox"/> 別紙参照)
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム] ⇒ <input type="checkbox"/> 事前郵送可能 <input type="checkbox"/> 当日持参予定 <input type="checkbox"/> その他
予約希望日 都合の悪い日	
患者の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来 (<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅している)
	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()
	※ 感染症 ⇒ 不明・無・有 () ※ アレルギー ⇒ 無・有 ()
	※ 体内金属 ⇒ 無・有 () ⇒ MR 可・否 ()
備考	

- ※ 検査状況などですぐにご案内ができない場合がございます。ご了承ください。
- ※ 診療科・症状により「札幌柏葉会病院」「かしわば記念クリニック」での対応となる場合がございます。予約票で確認をお願いいたします。
- ※ ご不明な点は患者支援センターへお問い合わせください。