

# 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)
-------	---

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"/> その他 ] ⇒ <input type="checkbox"/> 事前郵送可能 <input type="checkbox"/> 当日持参予定
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」「かしば記念クリニック」での対応となることがございます。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。