

ガンマナイフ外来予約票

脳神経センター大田記念病院 地域医療連携室宛

FAX: 084-928-2769

令和 年 月 日

紹介元医療機関名	診療科	担当医師名
TEL: ()		
FAX: ()		

●以下の患者様のガンマナイフ外来受診の予約をお願いします

患者情報	フリガナ		性別		大・昭・平 年 月 日
	氏名		男・女	生年月日	(歳)
	ご住所	(〒 -)			
	自宅電話番号	() -	保険情報	国保・社保・後期・生保 限度額適用認定証 あり・なし	
	責任者 (キーパーソン)	(続柄)	責任者連絡先	() -	

●希望受診日をご記入ください

希望受診日	第1希望	月 日
	第2希望	月 日
	第3希望	月 日
		いつでも可

外来日	月	火	水	木	金	土
			○		○	○

※水曜・金曜は午後、土曜は午前の受診となります

※診療情報提供書(紹介状)は別途添付をお願いします。

※貴院で撮影されたMRI・CT画像を、当院来院までにご郵送をお願いします。

※受診当日は、ご家族の同伴をお願いしております。


SHOUWAKAI
 社会医療法人 祥和会
 脳神経センター大田記念病院
 Brain Attack Center Ota Memorial Hospital

〒720-0825
 広島県福山市沖野上町3-6-28
 Tel: 084-931-8650

福山ガンマハウス TEL: 084-926-3515
 地域医療連携室 TEL: 084-975-3900
 FAX: 084-928-2769

2021.9改訂