

ガンマナイフ治療予約票

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治療の予約をお願いします

患者情報	フリガナ		性別		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	氏名		男・女			(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	() -		

●希望入院日をご記入ください

希望入院日	第1希望	月	日
	第2希望	月	日
	第3希望	月	日

	月	火	水	木	金	土	日
入院可能日	○	○	○	○			
治療日		○	○	○	○		

※入院は原則2泊3日、治療は2日目となります。例:1日目(火)入院 → 2日目(水)治療 → 3日目(木)退院

※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。

●患者様の情報をご記入ください

日常生活自立度 (寝たきり度)	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	身長()cm	体重()kg
移動動作	歩行・車椅子主体・ストレッチャー		
食事動作	自立・一部介助・全介助		
食事形態	主食:ご飯・粥 副菜:普通・軟らか・刻み・ペースト 経管 / 胃瘻 / 腸瘻 食べ物アレルギー:無・有() 飲み物:牛乳・牛乳がダメな場合 → ヨーグルト・ジュース(野菜・トマト)		
排泄動作	自立・一部介助・全介助		
部屋希望	4人部屋・個室 4,400円(税込)・個室 6,600円(税込)・どこでも		
来院手段	自家用車・介護タクシー・救急車・その他()		
転帰	現在、入院中・外来通院中 大田記念病院で治療終了後は、転院・自宅へ退院 転院先【 】 ※治療後貴院へ転院の場合、到着指定時間がありましたらご記入ください。【 時 分】		

※ お部屋のご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

※ 入院当日、治療日、退院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