

《診療予約依頼票》

祥和会 脳神経センター大田記念病院
 地域医療連携室 行
 TEL 084-975-3900
 FAX 084-928-2769
 (病院代表TEL 084-931-8650)
 受付時間 平日 8:30~17:00
 土曜 8:30~12:30

■ご依頼元医療機関 年 月 日

ご施設名			
ご担当医師名 (診療科)			
TEL		FAX	

■患者基本情報

フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏名			生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)	
現住所	〒 -				
	自宅番号() -		携帯番号() -		
当院受診歴	有・無・不明		現在貴院へ	外来通院中・入院中	
			旧姓()		

■診療依頼(診療情報提供書もFAXにて送付願います。)

診療科		科	希望診療日	第1希望	月	日
医師名				第2希望	月	日
				その他		
●持参検査結果	XP・CT・MRI・他() ※検査日:			年	月	日
●体内金属	有・無 (MRI対応 可・否)			※ 手術時期 年		
●心臓 ^ハ -スメカ-	有・無 (MRI対応 可・否)			部位		

<主訴又は病名>

<病状経過・現在の処方等>

地域連携ネットワークサービスについて	<input type="checkbox"/> HMネット登録希望
--------------------	------------------------------------

救急診療のご依頼は、病院代表電話(084-931-8650)へ「救急依頼」とご連絡ください。