

《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 8:30~17:30
土曜 8:30~12:30

＜ご依頼元医療機関＞

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 年 月 日(歳)
現住所	〒 -		
	自宅番号() -	携帯番号() -	
当院受診歴	有 ・ 無	現在貴院へ	外来通院中 ・ 入院中
		旧姓()	

■診療依頼(お手数ですが、完成後診療情報提供書のFAXをお願いいたします。)

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)		※手術年:	年	
●心臓ペースメーカー	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 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。