**【大西脳神経外科病院　診療情報提供書　 ＦＡＸ予約票】**

**FAX : ０７８－９３８－０３９９　緊急の電話：０７８－９３８－１２３８**

【申込日     年     月     日】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　者　情　報 | | | | 貴医療機関名  医師名  TEL　（　　　　）　　　　－  FAX　（　　　　）　　　　－ | | |
| ふりがな | | | |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 | | | |
| 生年月日 　　　　　　年 　　　月　　　日（　　才） | | | |
| 希望診察日 | 第１　　　　　　　　　　月　　　　日（　　　　曜日） | | | | |  |
| 第２　　　　　　　　　　月　　　　日（　　　　曜日） | | | | |
| □ 緊急受診（連絡済み） | | | | 予約済み　　　　　月　　　　日 | |
| 希望診療科 | □ 脳神経外科 | | □ 脳神経内科 | | □ 脊椎・脊髄 | □ 集束超音波治療（FUS） |
| ［月～金　AM/PM］ | | 月　　　 AM | | ［月.火.水.金 PM］ | ［月　PM］ |
|  | | 水.　　　 AM | |  |  |
|  | | 木(第1,3) PM  金(第1,3) AM/PM | |  |
| 希望医師 | □ 希望あり　（　　　　　　　　）医師　　　 □ 希望なし | | | | | |
| 診療経過・主訴（症状・いつから等）　□ 別紙参照 | | | | | | |
| 持参データ | □ MRI　　□ CT　　□ エコー　　□ 脳波　　□ その他( ) | | | | | |
| 希望検査 | □ MRI・MRA | □ 頭部 □ 頚椎 □ 胸椎 □ 腰椎 □ その他( ) | | | | |
| □ CT |
| □ エコー | □ 頸動脈 □ 心臓 □ 腹部 □経頭蓋 □ その他( ) | | | | |
| □ 脳波 | | □ 骨塩定量 | | □ その他( | ) |
| **●必ずご記入ください** | ペースメーカー □有　□無　　　　　　人工内耳 □有　□無 | | | | | |
| その他金属　　　 □有　□無 (部位　　　　　　/材質　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| その他 | 画像コピー | | □　要　（CD-R　￥1,000税別） | | | |
| 来院方法 | | □　独歩　□　車いす　□　ストレッチャー | | | |
| 院内待機中 | | □　有　　□　無 | | | |

1. FAX受信後、地域医療連携室よりFAXにて予約日を連絡いたします。

●平日18時までの受信→受信後直ちに　●平日18時以降の受信→翌日（土日祝の場合は翌平日）

②　貴院での検査結果・投薬などございましたら、合わせてＦＡＸ頂ければ幸いです。

**大西脳神経外科病院　地域医療連携室　ＴＥＬ：078-938-1288**

2023/4