

# 外来初診予約依頼票(FAX 送信票)



独立行政法人 国立病院機構

静岡てんかん・神経医療センター

初診予約受付係 宛

FAX **054-246-4607**

〒420-8688 静岡県静岡市葵区漆山 886

TEL 054-245-5446 (代表)

(<http://www.shizuokamind.org>)

[ 貴医療機関 ]

平成 年 月 日

貴医療機関名	
医師名	科
電話番号	— —
FAX番号	— —
FAX送信者氏名	部署名:

今後、当院よりニュース等を E-mail で送らせていただけるようでしたらアドレスをお教えてください。

E-mail:

以下の必要事項に記入、○をお付けください。

## 紹介内容

※ 希望診療科欄のてんかん・特殊外来は ( ) 内の項目にも○をお付けください

希望診療科	てんかん (小児・成人・脳外)・神経内科・特殊外来 (転倒予防・遺伝カウンセリング)・認知症疾患医療センター			
希望診療日	第1希望	月	日 (曜日)	診断名 または 主訴
	第2希望	月	日 (曜日)	
	特になし			
要望事項				

## 患者様情報

ふりがな		性別	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
氏名		男 女		
住所	〒 —			
連絡先電話番号	連絡先1	— — (自宅・携帯)	当院への 受診歴	有 ・ 無
	連絡先2	— — (自宅・携帯)		

## [ 予約依頼の際にご注意いただきたい事項 ]

- 診療情報提供書 (紹介状) は当院受診 (初診) 当日にお持ちいただけますよう、ご準備をよろしくお願いいたします。
- 希望診療日は少なくとも平日で7日以上先をご記入いただけますようお願いいたします。お急ぎの場合は当院へ直接お電話ください (Tel 054-245-5446)。  
なお、脳外科医の診察は火曜日ですが、てんかん外科の適応の診断は診療科を問わずに行っています。
- 予約日の調整は、のちほど当院より患者様にお電話して、予約日時の直接調整をさせていただきます。(確定した予約日は貴院へも返信させていただきます)

初 診		月	火	水	木	金
てんかん	小児	○	○	○	○	○
	成人	○	○	○	○	○
	脳外		○			
神 経 内 科		○	○	○		○

## [ 特殊外来 ]

- 転倒予防 (随時)
- 遺伝カウンセリング (随時)

## [ 認知症疾患医療センター ]

月曜日・水曜日

(平成 26 年 2 月 1 日現在)

最新情報は当院ホームページでご確認ください