

西新潟中央病院 てんかんセンター
受診予約 FAX 申込書

年 月 日

依頼施設名 _____ TEL _____

医師氏名 _____ FAX _____

紹介情報

主傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> その他 ()
服用中の てんかん薬			
精神症状の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (病名・症状)
受診希望医師	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	医師
受診希望日	<input type="checkbox"/> なるべく早く	<input type="checkbox"/> 希望日 ①	②

フリガナ			大・昭・平・令
患者氏名		生年月日	年 月 日
			(歳)
			男・女
住所	〒		
			TEL ()
西新潟中央病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

* 17時以降のFAX受付分は、後日ご返信いたします。

* 指定された医師が不在の際、または症状・年齢により他の専門医が診察させて頂く場合がございます。

西新潟中央病院 地域医療連携室 (受付時間：8：30～17：00)

TEL 025-267-4314 FAX 025-267-4315