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）
054-246-4580（地域医療連携室）
（https://shizuokamind.hosp.go.jp）

［貴医療機関］ 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：

紹介内容

※ 希望診療科欄のてんかん・特殊外来は（ ）内の項目にも〇をお付けください

希望診療科	てんかん（小児・成人・脳外）・脳神経内科・認知症・睡眠覚醒外来・頭痛外来			
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 / 氏名		性別 男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 才）
住所	〒 ―			
連絡先電話番号	連絡先1	― ― （本人・ ）	当院への受診歴	有 ・ 無
	連絡先2	― ― （本人・ ）		
自立支援医療（精神通院医療）の利用（てんかん科のみ回答）		有 ・ 無 ・ 不明		

［予約依頼の際にご注意いただきたい事項］

- 外来初診予約依頼票に診療情報提供書を添えて FAX をご送信ください。
- セカンドオピニオンは、検査データ等を合わせて郵送いただいたき、お受けする場合予約調整をいたします。
- 希望診療日は少なくとも平日で 7 日以上先をご記入下さい。
- お急ぎの場合は当院へ直接お電話ください（TEL 054-246-4580）。
  なお、脳外科医の診察は木曜日ですが、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いたします。
  （確定した予約日は貴院へも返信いたします）

初診		月	火	水	木	金
てんかん	小児	〇	〇	〇	〇	〇
	成人	〇	〇	〇	〇	〇
	脳外				〇	
脳神経内科		〇	〇	〇		〇

［認知症］
月曜日・水曜日

［特殊外来］
・睡眠・覚醒外来 第三または第四金曜日
・頭痛外来 火曜日・木曜日

最新情報は当院ホームページでご確認ください