

外来初診予約依頼票(FAX 送信票)

以下の必要事項に記入、○をお付けください。



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○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・特殊外来 (転倒予防)・認知症			
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		大正・昭和・平成・令和
氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (才)
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	○	○	○	○	○
	成人	○	○	○	○	○
	脳外				○	
脳神経内科		○	○	○		○

[特殊外来]

・ 転倒予防 (随時)

[認知症]

月曜日・水曜日

最新情報は当院ホームページでご確認ください