



医療機関専用  
診療申込書(FAX専用) ⇄ FAX:042-346-1681  
国立精神・神経医療研究センター病院 地域連携室 行

16時以降の申込は後日ご返信いたします

発信者(紹介元医療機関)

医療機関名	
診療科	
紹介医師名	
電話番号	
FAX番号 ※必須	
連絡担当者名	

送信日

令和	年	月	日
第一希望	月	日	
第二希望	月	日	
第三希望	月	日	
希望医師			医師

カルテ登録のため氏名・性別・生年月日などは正確にご記載ください。

フリガナ		性別	男 · 女	年齢	歳
患者氏名	(旧姓: )	生年 月日	T · S · H · R	年	月 日
現住所	都道府県	市区町村			
自宅		携帯番号			
傷病名 紹介目的	診療情報提供書(紹介状)を必ず一緒に送信して下さい。				

脳 神 經 內 科	脳神経内科外来
	パーキンソン専門外来
	筋疾患専門外来
	多発性硬化症外来
	筋萎縮性側索硬化症外来
	脊髄小脳変性症・多系統萎縮症外来
	多発神経炎・末梢神経障害外来
	ボトックス外来
	ヴィアレブ・ディオドーパ外来
小 兒 科	脳神経小児科外来
	小児睡眠専門外来
	小児筋疾患外来
	総合内科外来
総 内 科	コロナ後遺症外来
	てんかん外来
	もの忘れ外来
その他	頭痛外来

脳 外 科	整形外科外来
	脳神経外科外来
	DBS外来
	正常圧水頭症外来
	成人脳波外来
	一般精神科外来
精 神 科	統合失調症外来
	気分障害外来
	睡眠専門外来
	mECT/rTMS外来
	精神科希望の場合
	コンサータ服用中
	クロザピン希望
	CBT希望
	該当なし

※該当診療科にチェックを入れてください

2026.01医療連携室