



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)

送信日

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

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 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<br>年 月 日 |    |   |
| 現住所         | 都道府県 市区町村                  |      |                  |    |   |
| 自宅          |                            | 携帯番号 |                  |    |   |
| 傷病名<br>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。 |      |                  |    |   |

|       |                  |  |
|-------|------------------|--|
| 脳神経内科 | 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   |  |
| 小児    | 脳神経小児科外来         |  |
|       | 小児睡眠専門外来         |  |
|       | 小児筋疾患外来          |  |
| 総内    | 総合内科外来           |  |
|       | コロナ後遺症外来         |  |
| その他   | てんかん外来           |  |
|       | もの忘れ外来           |  |
|       | 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      |          |  |
| 精神科   | 一般精神科外来     |          |  |
|       | 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        |          |  |

2026.01医療連携室

※該当診療科にチェックを入れてください