



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 ※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	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。				

下記の外来から希望するものをひとつだけ選び、右欄に○をお願いします↓

脳神経小児科	一般外来
	小児 睡眠専門外来
	小児 筋疾患専門外来
	学習障害専門外来

脳神経内科	一般外来
	パーキンソン専門外来
	筋疾患専門外来
	多発性硬化症専門外来
	脊髄小脳変性症専門外来
	ボトックス外来

総合内科	一般外来
	コロナ後遺症外来

精神科	一般外来
	統合失調症専門外来
	気分障害専門外来
	睡眠障害専門外来
	mECT/rTMS専門外来

脳神経外科外来	
---------	--

整形外科外来	
--------	--

その他	てんかん外来
	成人脳波専門外来
	もの忘れ外来
	頭痛外来

児童精神科外来	
---------	--