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

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。** **□コンサータ（処方中／処方希望）　□クロザリル（処方中／処方希望）**				

下記の外来から希望するものをひとつだけ選び、右欄に〇をお願いします↓

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	

総合内科	
一般外来	
コロナ後遺症外来	

循環器内科外来	

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	

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	

脳神経外科外来	

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	

児童精神科外来	

2026.04.01医療連携室