

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

記入不要です

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			

診療情報提供書(紹介状)を必ず一緒に送信して下さい。

記入例

デイケア初診希望 (こころケア参加)

傷病名
紹介目的