

お申し込み前に、ご確認ください。

患者さんにパーキンソン病、本態性振戦の診断がついていますか？

はい

診察予約申込み書にて
お申込みください。

いいえ

まずは、診察いたしますので
脳神経内科へ
ご紹介ください。

FUSふるえ外来 診察予約申込書 (FAX用)

岡山旭東病院 地域連携室 宛	
平日 9:00-17:00 土曜日 9:00-12:00	
住所	703-8265 岡山市中区倉田567-1
FAX	086-274-7303(直通)
TEL	086-274-7300(直通) 086-276-3231(代表)

[貴施設 所在地・名称] 申込日: _____

TEL:

FAX:

診療科: _____ 医師名: _____

連携室担当者: _____

- ※ お手数ですが下記太字黒枠内を記載の上、FAXにてご返信ください。「予約票」を返信いたします。
- ※ 診療情報提供書が完成しましたら、事前に地域連携室までFAXをお願いいたします。
- ※ **脳神経外科・脳神経内科**でのご受診歴・診断情報がございましたら、あわせてお教えてください。

岡山旭東病院 I D	
ふりがな 患者氏名	(男・女)
生年月日	S・H・R . .
住所	〒
連絡が取れる番号 電話番号	
体内金属(有・無)	
受診希望日 [診察日]金曜日 ①9時 ②10時 土曜日(第1・3・5)午前	第1希望 年 月 日 (金曜9時・11時、土曜午前) 第2希望 年 月 日 (金曜9時・11時、土曜午前)
添付データ	<input type="checkbox"/> MRI (撮像 年 月 日) <input type="checkbox"/> CT (撮像 年 月 日) <input type="checkbox"/> 採血 (実施 年 月 日) ※ご持参頂ける検査データがありましたらご記入下さい。診察待ち時間短縮の為、 画像データを地域連携室まで事前送付にご協力頂けますと幸いです。
{備考}	

預かり日	医師報告	外来
/	/	/

(宛名ラベル) 〒703-8265 岡山県岡山市中区倉田 567-1 岡山旭東病院 地域連携室 宛
--