

# F U Sふるえ外来・機能性外来 診察予約申込書 ( F A X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
F A X	<b>086-274-7303(直通)</b>
T E L	086-274-7300(直通) 086-276-3231(代表)

[貴施設名・所在地] 申込日:	_____
T E L :	
F A X :	
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 . .
病 名	
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	<input type="checkbox"/> : いつでも可能。
<b>水曜 14 時</b> (機能性・ふるえ外来)	第 1 希望: 年 月 日 ( 水 ・ 土 )
<b>土曜 10 時</b> (ふるえ外来)	第 2 希望: 年 月 日 ( 水 ・ 土 )
	第 3 希望: 年 月 日 ( 水 ・ 土 )
備 考	※ご持参頂ける検査データ (CT・MRI・採血・心電図など) がありましたらご持参下さい。

預かり日	医師報告	外来
/	/	/