患者様紹介FAX用紙 　てんかん・神経　大阪南森町いけだクリニック(OMIC)

Fax:0６－6357－0320　　 電話：06-6357-0319

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

患者氏名:　　　　　　　　　　　　　男・女 　　年齢　　　　歳

フリガナ　 　　　　　　　　　　　 　生年月日：S・H・R　　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦　　　　）

連絡先　Tel：　 －　　 　－　 　　　　携帯: 　 －　　　　－

（本人，母，父，その他： ）

住所：

診断：　①　　　　　　　　　　　　　 ②

発病：　　　　歳　　　月

症状・発作・紹介目的など：

知的障害：　なし・あり（軽度，中等度，重度）

身体障害：　なし・あり（車椅子，バギーの使用：なし・あり→ 大型のものはエレベーターに 入らない可能性があります．）

精神障害：　なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

行動上の問題：　なし・不明・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（木曜日・土曜日午後休診、日曜祝日休診）

​・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

御紹介元：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

電話番号：　　　　　 －　　　　　－

FAX 番号： 　　　　－　　　　　－

E-mail：　 　　　　　　　　　　　@

返信：　急ぐ　・　急がない