

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