

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	086-274-7303(直通)
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。 第1希望: 年 月 日 (水 ・ 土) 第2希望: 年 月 日 (水 ・ 土) 第3希望: 年 月 日 (水 ・ 土)
水曜 14時 (機能性・ふるえ外来) 土曜 10時 (ふるえ外来)	
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
/	/	/