

診療申込書

FAX 042-346-1681

郵送の場合⇒ 〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
 国立精神・神経医療研究センター病院 予約センター初診担当宛

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ	生年 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)			男・女
患者氏名				
〒 住所				当院受診歴 有(ID: _____) / 無
平日9時～17時の間に通話可能な電話番号 ※未記入や連絡のつかない場合はキャンセル扱いとなります				
第一 (_____)		第二 (_____)		
診療科・専門疾病センター・専門外来 (下記□に✓をいれてください)				
<input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 小児神経科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 筋疾患 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 気分障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 他:				
病名・主症状など(申込み者が医療機関の場合、紹介状を添付下さい)				目的(診察 / 検査)
				希望医師(_____) ※ご希望通りにならない場合もありますこと、予めご了承下さい
現在の状況 在宅(自宅) / 入院中 / 施設入居中	紹介状: 有 / 無 ※紹介状が無い場合には5000円(税抜)が別途かかります			
紹介状作成医療機関				

※申込み者が施設や医療機関の場合、下記にもご記入下さい

患者さん・ご家族の方は記入しないでください

関係機関名称:			
担当部署:	担当者名:	TEL:	FAX:

※当院では書類作成のみの診察は行っておりません。

※初診日と再診日の曜日は同じとは限りません。

※予約取得後にキャンセルをされる場合、必ず予約センター(042-346-2190)へご連絡ください。

無断キャンセルされた場合は次回予約取得時の優先に影響します。