



医療機関専用

診療申込書(FAX専用) ㊦ FAX:042-346-1681

国立精神・神経医療研究センター病院 地域連携室 行

16時以降の申込は後日ご返信いたします

発信者(紹介元医療機関)

送信日

医療機関名	
診療科	
紹介医師名	
電話番号	
FAX番号 ※必須	
連絡担当者名	

令和	年	月	日
----	---	---	---

第一希望	月	日
第二希望	月	日
第三希望	月	日
希望医師	医師	

カルテ登録のため氏名・性別・生年月日などは正確にご記載ください。

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
患者氏名	(旧姓:)	生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
現住所	都道府県 市区町村				
自宅		携帯番号			
傷病名 紹介目的	診療情報提供書(紹介状)を必ず一緒に送信して下さい。				

脳神経内科	パーキンソン専門外来	
	筋疾患専門外来	
	多発性硬化症外来	
	筋委縮性側索硬化症外来	
	脊髄小脳変性症・多系統萎縮症外来	
	多発神経炎・末梢神経障害外来	
	ボトックス外来	
	ヴィアレブ・ディオドーパ外来	
	脳神経内科外来	
小児	小児睡眠専門外来	
	小児筋疾患外来	
	脳神経小児科外来	
総内	コロナ後遺症外来	
	総合内科外来	
その他	てんかん外来	
	もの忘れ外来	
	頭痛外来	

外科	外科外来		
	整形外科外来		
脳外科	DBS外来		
	正常圧水頭症外来		
	成人脳波外来		
	脳神経外科外来		
	統合失調症外来		
精神科	気分障害外来		
	睡眠専門外来		
	mECT/rTMS外来		
	児童精神科外来		
	一般精神科外来		
	精神科希望の場合	コンサータ服用中	
		クロザピン希望	
		CBT希望	
		該当なし	

※該当診療科にチェックを入れてください