



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

発信者(紹介元医療機関)

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	

送信日

令和	年	月	日
----	---	---	---

希望日

第一希望	月	日
第二希望	月	日
第三希望	月	日
その他	希望なし ()	

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			
自宅電話番号		携帯番号			
国立精神・神経医療研究センター病院 に受診されたことはありますか？					
有・無・不明		登録番号 (患者ID)			
傷病名 紹介目的	この欄は必ず医師が記載するか診療情報提供書(紹介状)を添付して下さい。				

希望診療科	科
希望専門外来	
希望診察医師	医師

休診日
土曜日、日曜日、祝日 年末年始(12月29日~1月3日)