

ボバース記念病院 小児神経科
受診申込書(医療機関・関係機関用)

ボバース記念病院 医療相談室 宛

FAX 06-6962-3166

(TEL 06-6962-3131)

送信日 年 月 日

紹介元医療機関名・施設名	
診療科・ご担当医師名	
ご担当者名	
TEL	FAX
ふりがな	
患者氏名	男 女
生年月日	昭 平 令 年 月 日 歳
住所 〒	
外来通院中	入院中
病名	
※画像データ あり なし	
紹介目的・相談内容(詳細や希望などあればご記入ください)	
☐ 診察	
☐ 外来リハビリ	
☐ リハビリ入院	
☐ レスパイト入院	
★担当医からご本人またはキーパーソンにお電話を致します。ご連絡先とご都合を教えてください。	
電話番号	— — ご本人・ご家族・他(ご本人との関係性:)
電話をする日・時間帯	☐ いつでもよい
	☐ ご都合が悪い日時()

お申し込みの流れ

- ・診療情報提供書が完成していれば、添付をお願い致します。
- ・外来申し込みの場合、担当医からご家族にお電話し、問診を行い、結果はご担当者様に電話かFAXでお知らせ致します。
- ・転院相談は、医療相談室宛に直接お電話下さい。

いつもご紹介有難うございます。どうぞ宜しくお願い致します。

ボバース記念病院 医療相談室