

新潟脳外科病院紹介患者様予約診察申込み票

送信先

新潟脳外科病院 地域医療連携室 行

受付FAX 025-231-5130

TEL 025-231-5111

送信元

医療機関名

医師名

先生

FAX() -

TEL() -

第1希望日 令和 年 月 日

第2希望日 令和 年 月 日

【希望する診療を○で囲んでください】 脳神経外科・認知症外来・SPECT・サイバーナイフ

(ふりがな)	生年月日
患者氏名 様 (男 女)	大・昭・平・令 年 月 日 才
住所 〒	TEL () -
※日中連絡が取れる電話番号 をご記入下さい	①氏名: (続柄:) TEL:() - ②氏名: (続柄:) TEL:() -
当院受診歴	1、有 患者番号() 2、無 3、不明

CT・MRI・RI検査の詳細を指定したい場合は、ご希望の検査に○をつけてください。
指定が無ければ記載は不要です。

M R I			
頭部MRA	頸椎 (T1 T2 矢状断)		
頸部MRI	胸椎 (T1 T2 矢状断)		
頭部水平断(T1 T2 T2* FLAIR Diffusion)	腰椎 (T1 T2 矢状断)		
C T			
頭部	頸部	胸部	腹部
脳血管3DCTA	頸動脈3DCTA		
その他目的など			
R I			
IMP+iSSP	ECD+eZis	MIBG	ダットスキャン

※診療情報提供書と保険証のコピーの送付をお願いします。