

平成 年 月 日

## パーキンソン病センター紹介患者さま事前受付票

Center for Parkinson Disease & Related Disorders

( F A X 0 7 5 - 4 6 1 - 5 1 5 2 )

\* FAXにて個人情報を送付する場合、番号間違いにはくれぐれもご注意ください。

国立病院機構宇多野病院 地域医療連携室宛

〒616-8255 京都市右京区鳴滝音戸山町8

電話：075-461-5152(直)

担当医表

曜日	午前	午後
月	澤田	澤田
火	澤田	病棟回診
水	大江田	大江田
木	山本	病棟回診
金	大江田	大江田

### ファックス受付時間

平日午前8:30～午後5:00

平日午後5:00以降及び土・日・祝にて受付分の  
予約連絡は後日となります。

受診希望	年 月 日( ) 午前・午後
------	----------------

○紹介いただきます患者様の基本情報をご記入下さい。

フリガナ		生年月日	
氏名	(男・女)	明・大・昭・平	年 月 日( 歳)
電話番号		当院受診歴	有 ・ 無

○診療情報(患者様の情報をご記入下さい。)

初発年月日	
問題点	
診療に関し先生からの希望	

○紹介元医療機関の所在地・名称をご記入下さい。

( T E L ・ F A X 及び担当医師名は必ずご記入下さい。 )

病院名・所在地・TEL・FAX			
電話番号		FAX番号	
主治医名			