黒石市国民健康保険黒石病院　黒石ガンマナイフセンター宛
ＦＡＸ　0172-52-5682
患 者 基 本 情 報 提 供 用 紙

紹介元医療機関名		ＴＥＬ	
		ＦＡＸ	
科　　名		所　属	
主治医ご氏名		ご担当者様	

ふりがな		生年月日	□大 □昭 □平 年　月　日	年齢	
患者氏名		性　別	□男 □女	身長　cm 体重　kg	
住　　所	〒		電話番号		
病　　名	□ 告知済　□ 未告知				
ご持参頂く資 料 等	□ 紹介状 □ 血液検査データ □ＣＴ □ＭＲＩ □ＭＲＡ □ 血管造影 □ その他（　　）				
移動手段	□ 独歩 □ 車椅子 □ ストレッチャー		感　染　症	HBS □(－) □(＋) HCV □(－) □(＋) ワ氏 □(－) □(＋)	
臥位安静	□ 30 分可 □ 30 分不可				
閉所恐怖症	□ 無 □ 有		アレルギー	□ 無 □ 有（　　）	
喘　　息	□ 無 □ 有				
糖　尿　病	□ 無 □ 有		造影剤使用歴	□ 無 □ 有	
体内金属の有無	□ 無 □ 不明 □ 有（　　）		副　作　用	□ 無 □ 有（　　）	
備考（ＭＲＩ等の検査希望はこちらにご記入下さい）					

※来院の際には、**必ず保険証をご持参**して頂けるよう患者様にご連絡ください。

【担当】ガンマナイフセンター　今・宇野（内線 712・709）