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　　　　　　　　　　開頭手術の既往あり | | | | | | | |
| ご持参頂く  資料等  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・小山内（内線712・673）