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）