

ガンマナイフ 治療・受診 申込票

黒石市国民健康保険 黒石病院 地域医療支援センター行 FAX 0172-59-1631

紹介元医療機関名		TEL	
		FAX	
診療科		所属	
担当医		申込担当者	

■入院・治療日程は当院にて決定します。

※入院期間は2泊3日です。他院への受診・入院予定が入っている場合や、家族の都合で当院へ入院できない日がありましたら下記へ記入してください。

--

■外来受診希望日

① 年 月 日 ()	② 年 月 日 ()	③ 年 月 日 ()
----------------	----------------	----------------

■申し込みの際、本状と診療情報提供書をFAX後、診療情報提供書・検査データ（画像含む）の郵送も同時にお願ひします。

■日程が決まり次第、「来院案内票」をFAXいたしますが、すぐに返信できない場合があります。ご了承ください。

■患者基本情報

ふりがな		生年月日	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	年齢	
患者氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	身長 体重	cm 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	☐ 紹介状 ☐ 血液検査データ ☐ CT ☐ MRI ☐ MRA ☐ 血管造影				
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		アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()	
閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有	造影剤使用歴		☐ 無 ☐ 有	
喘 息	☐ 無 ☐ 有		副 作 用	☐ 無 ☐ 有 ()	
糖 尿 病	☐ 無 ☐ 有				
体 内 金 属 の 有 無	☐ 無 ☐ 不明 ☐ 有 ()				
備考					

【問い合わせ】ガンマナイフセンター 担当：宮地（内線 7635）