

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

F A X 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	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年齢	
患者氏名			年 月 日		
		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長	cm
				体重	kg
住所	〒		電話番号		
病名	<input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 開頭手術の既往あり				
ご持参頂く資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 血液検査データ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> その他 ()				
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	感染症	HBS	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)	
臥位安静	<input type="checkbox"/> 30分可 <input type="checkbox"/> 30分不可		HCV	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)	
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー	ワ氏	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)	
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	造影剤使用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
体内金属の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 ()	副作用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)