

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関
NTT東日本伊豆病院

所在地 〒

リハビリテーション精神科

医療機関名

担当医師

TEL

医師氏名



フリガナ		生年月日	明・大・昭・平		男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)		
住所	〒	TEL		職業	
紹介目的	rTMS 治療希望のため				
病名 (主訴)					
既往歴 (家族歴)	薬物アレルギー(有・無)				
症状経過 治療経過 検査結果					
現在の処方		備考			

● 持参資料 (無・有 …………… 画像フィルム・心電図記録・検査記録)

※FAX送信される場合は、必ず到着確認をお願いいたします。
※ご本人さまにお渡ししていただけますよう、お願いいたします。