

# 外来受診（rTMS療法）FAX申込み用紙

NTT東日本伊豆病院 地域医療連携センタ 宛

申込み日 年 月 日

医療機関名

FAX受信後、貴施設宛てに  
診察日ご案内のFAXをさせていただきます。  
(FAX先を必ずご記入ください)

TEL

**FAX**

御紹介医師名

ふりがな

患者氏名 生年月日 年 月 日

NTT東日本伊豆病院 受診歴（有・無・不明） 性別 男・女

※有の場合（診療券No. \_\_\_\_\_）

➤ 以下の項目を確認し、チェックを入れてください

- 18歳以上
- 心臓ペースメーカーを装着していない
- 現在、精神科のかかりつけ医がいる

➤ 診察希望日

平日 月曜～金曜（午前9時～11時）

- 第1希望日 月 日
- 第2希望日 月 日
- 希望日なし（指定日なくいつでもよい）

※当院担当医師の予約状況により、ご希望に添えないことがあります。  
その際は、当院担当者と患者様で調整させていただきます。

連絡先

NTT東日本伊豆病院 地域医療連携センタ

〒419-0193

静岡県田方郡函南町平井750

〈FAX対応時間 平日8:30～15:00〉

**FAX 055-979-3098**

電話 055-978-2322