

鹿児島大学病院  
 地域医療連携センター オンラインてんかん遠隔連携診療 担当 宛  
 FAX: 099-275-5983

電話: 099-275-5984

## 鹿児島大学病院 〈オンライン〉てんかん遠隔連携診療申込書

※医療機関からのみお申し込みが出来ます。

※予約に際しては、連携して診療を行うことについてあらかじめ患者さんに説明し同意を得てください。

ID: -

フリガナ				申し込み日		
患者氏名				性別	男 ・ 女	
生年月日	・昭和 ・平成 ・令和 年 月 日			年齢	_____ 歳	
患者の連絡先	住所:	〒 _____				
	電話番号:	_____	_____	_____	_____	
	携帯電話:	_____	_____	_____	_____	
紹介元情報	医療機関名:					
	診療科:			医師名:		
	担当者:	氏名:			職種:	
	住所:					
	電話番号:	_____	_____	_____	_____	
	FAX番号:	_____	_____	_____	_____	
診療希望日程	<small>※希望の日程等がありましたら記載下さい。担当医に確認のうえ候補日を連絡させていただきます。</small>					
都合の悪い日						
診療依頼内容	希望診療科 てんかんセンター ( <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 小児科 )					
	当院医師への連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未					
	相談内容等 <small>※ご要望などありましたら記載下さい</small>			CD-Rデータ等		
				・脳波 ( あり ・ なし ) ・画像 ( あり ・ なし )		
	<small>※診療情報提供書、CD-Rデータは必ず事前に当院へご郵送下さい</small>					

(大学病院記入欄)

申込書受理日		相談予約日時		時間	:
診療科		担当医師			医師