

脳卒中後遺症対策外来 診療申込書(診療情報提供書)

申込日 平成 年 月 日



社会医療法人榮昌会
吉田病院

〒652-0803 神戸市兵庫区大開通9丁目2番6号

TEL 078-576-2773

FAX 078-577-2792

ご紹介元医療機関

名称

電話番号

医師氏名

患者	フリガナ		当院受診歴	有	無
	お名前	男・女	生年月日	明大 昭平	年 月 日 (歳)
	住所	〒 TEL 自宅 () - 連絡先 () -			
脳卒中の病歴					
病名		時期			
患者様の困っていること					
<input type="checkbox"/> 片麻痺で痙縮が強い <input type="checkbox"/> 下肢の痙縮のため歩きづらい <input type="checkbox"/> 上肢をより精密に動かしたい <input type="checkbox"/> 短期で強化リハビリテーションをしたい <input type="checkbox"/> リハビリについて相談したい <input type="checkbox"/> 装具に関するご相談					
その他 ()					
現在の処方内容および検査値 (コピーを添付して下さい)					
備考					
受診希望日	第1希望日 (月 日) 第2希望日 (月 日) 第3希望日 (月 日)				
毎週 水 曜日 午後2時~午後5時					

ご記入に際してのお願い

- 必要事項をご記入の上 FAX して下さい。折り返し直ぐに受診日を FAX で返信いたします。

社会医療法人榮昌会 吉田病院

〒652-0803 神戸市兵庫区大開通9丁目2番6号

地域医療連携室

直通FAX番号 078-576-1503

直通電話番号 078-576-1520

(平日) 9:00~17:00

(土曜日) 9:00~12:00 (祝祭日は除く)