

**診療情報提供書(脳波検査用)**  
 予約TEL0463-88-2455 予約FAX0463-87-0468

医療法人 丹沢病院

精神科 ・  内科 担当医 宛

記載日 年 月 日

貴医療機関名

住所

紹介医師氏名

Tel  
Fax

フリガナ

男 生年月日

患者氏名

様

女 M・T・S・H 年 月 日生( )歳

住所

電話

予約日時	平成	年	月	日 ( )	時	分から
------	----	---	---	-------	---	-----

**予約申込検査** (お申込希望検査の口内にチェックをして下さい。ご希望検査がありましたらご記入下さい)

病名(主訴)	
症状及び経過	
検査目的 (希望事項)	
検査項目	脳波検査
備考	

**検査申込手順**

1. まず検査のご予約を 0463-88-2455 へお電話下さい
2. こちらから予約確認票をFAXいたしますので予約日時を確認し患者様にお渡し下さい
3. こちらの診療情報提供書をご記入いただき、0463-87-0468 へFAXして下さい

医療法人 丹沢病院

TEL 0463-88-2455 (平日・9:00 ~ 17:00)

神奈川県秦野市堀山下557

FAX 0463-87-0468 (土曜・9:00 ~ 13:00)

丹沢病院医師指示欄	<input checked="" type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 賦活あり
	指示日 平成 年 月 日	医師名