

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者さんの氏名

生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

電話番号 \_\_\_\_\_

東大病院診察券番号 (ID)

ご紹介元医療機関の名称

\_\_\_\_\_  
病院

電話番号 \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_)

診療科 \_\_\_\_\_ 科

ご担当医師名 \_\_\_\_\_ 印

予約日時 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_ ) : \_\_\_\_ ~

紹介依頼内容・目的

- 頭痛 めまい しびれ (部位: 上肢・下肢・その他)  
物忘れ 筋力低下 (部位: 上肢・下肢・その他)  
振戦・不随意運動 (部位: 上肢・下肢・その他) 構音障害  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

発症時期

( \_\_\_\_\_ ) から

既往歴

- なし  
あり ( \_\_\_\_\_ )

現在の処方

- なし  
あり ( \_\_\_\_\_ )  
別紙参照 (処方箋のコピーなどを添付ください)

以下に紹介理由の詳細をご記載ください (貴院書式紹介状・画像を添付頂いても構いません)

東大病院提出用 (封筒に入れて患者さんにお渡しください)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者さんの氏名

生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

電話番号 \_\_\_\_\_

東大病院診察券番号 (ID)

ご紹介元医療機関の名称

\_\_\_\_病院

電話番号 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_)

診療科 \_\_\_\_\_科

ご担当医師名 \_\_\_\_\_印

予約日時 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_ ) : \_\_\_\_ ~

紹介依頼内容・目的

頭痛 めまい しびれ (部位: 上肢・下肢・その他)物忘れ 筋力低下 (部位: 上肢・下肢・その他)振戦・不随意運動 (部位: 上肢・下肢・その他) 構音障害その他 ( \_\_\_\_\_ )

発症時期

( \_\_\_\_\_ ) から

既往歴

なしあり ( \_\_\_\_\_ )

現在の処方

なしあり ( \_\_\_\_\_ )別紙参照 (処方箋のコピーなどを添付ください)

以下に紹介理由の詳細をご記載ください (貴院書式紹介状・画像を添付頂いても構いません)

紹介元 (控)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者さんの氏名

生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

電話番号 \_\_\_\_\_

東大病院診察券番号 (ID)  
\_\_\_\_\_

ご紹介元医療機関の名称

\_\_\_\_\_  
病院

電話番号 \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_)

診療科 \_\_\_\_\_ 科

ご担当医師名 \_\_\_\_\_ 印

予約日時 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_ ) : \_\_\_\_ ~

上記日時の30分前に外来診療棟1階初診窓口①にお越しく  
ださい

お持ちいただくもの

- 東京大学医学部附属病院 脳神経内科地域医療連携枠紹介状 (東大病院提出用) \*
- 保険証
- 各種医療券

\*なお、上記紹介状をご持参いただかないと初診料をいただくシステムになっておりますのでお忘れのないようお願い申し上げます。

患者様 (控)