

反復経頭蓋磁気刺激(r TMS)療法 診療情報提供書

いのうえ内科クリニック宛

年 月 日

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名		生年月日	大・昭・平	年	月	日 (歳)	男・女
住所				TEL		職業	
紹介目的	r TMS 療法希望 または ()						
病名 または主訴							
既往歴 家族歴	体内金属 (無・有→) 食物・薬物アレルギー (無・有→)						
経過							
現在の処方 (お薬手帳 持参でも可)					備考		
					r TMS 療法 へのご希望等		

● 持参資料 (無・有・ 画像データ・検査結果・その他資料)

※ご紹介状を F A X 送信される場合は、原本を患者様ご本人へお渡し下さい。

(いのうえ内科クリニック FAX 042-706-2631)