



～お申込み方法～

二枚目の「NIRS検査依頼書」をプリントアウトのうえ、現在通院中の主治医に記載して頂き、検査当日にご持参ください。

予めFAXをお送り頂けますと受付手続きで時間の短縮が図れます。

【お申込み・お問合せ先】

電話番号	0120-5250-66 または 03-5250-4860
FAX番号	03-5250-4861

銀座メンタルクリニック

東京都中央区銀座1-7-6
タニザワビル8階

銀座一丁目駅7番出口 徒歩0分

銀座駅A9出口 徒歩4分

JR有楽町駅京橋出口 徒歩5分

NIRS検査依頼書

項目：言語流暢性課題による光トポグラフィー検査

平成 年 月 日

銀座メンタルクリニック
NIRS検査担当者 宛

依頼元 医療機関名	フリガナ		
所在地			
電話番号		FAX番号	
診療科		担当医	
患者氏名	フリガナ		生年月日
			S・H 年 月 日
診断名	(ICDコード F)		
発症時期	昭和	平成	年 月頃
内服薬			
その他 (注意事項等)			