

大阪市立弘済院附属病院「もの忘れ外来」医療機関予約用 FAX用紙

FAX送付先：(06) 4863-5351 (受付 平日9:00~17:00)

(当院受診歴 有 無 )

フリガナ 患者氏名		男・女	〒 住所	
生年月日	年 月 日 (満 歳)	TEL	(自宅) (携帯)	

医療機関名  所在地  TEL FAX 医師名 連絡担当者名	紹介動機	<input type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望		
	予約希望	依頼科	<input type="checkbox"/> 精神科 (月・水・木・金)	
			<input type="checkbox"/> 神経内科 (火・水・木)	
			<input type="checkbox"/> いずれでも可	
			<input type="checkbox"/> 若年性認知症 (水)	
	第一希望	年 月 日 ( )		
	第二希望	年 月 日 ( )		
不都合日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
その他				

依頼内容	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 進行度評価 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	--

主訴	<input type="checkbox"/> もの忘れ ( ) <input type="checkbox"/> BPSD ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	--

認知症 <input type="checkbox"/> 診断済 <input type="checkbox"/> 疑	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )
--	--

紹介状	<input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> 郵送
-----	---

支援者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 〔 ( ) 〕 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 〔 ( ) 〕 認知症初期集中支援チーム <input type="checkbox"/> 居宅支援事業所 (ケアマネージャー) 〔 ( ) 〕 <input type="checkbox"/> その他〔 ( ) 〕
---	--

同行者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 できるだけ同行 をお願いします	<input type="checkbox"/> 家族 氏名 続柄 ( ) 電話 <input type="checkbox"/> その他 〔関係機関名〕	家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> その他
	キーパーソン <input type="checkbox"/> 同行者と同じ <input type="checkbox"/> 同行者と違う 氏名 続柄 ( ) 電話	

病状及び 特記事項	<input type="checkbox"/> 別紙参照 (貴院様指定の診療情報提供書を添付ください)
--------------	--

<input type="checkbox"/>	患者様が現在外来に待機中の場合チェックください
--------------------------	-------------------------

大阪市立弘済院附属病院「もの忘れ外来」専用電話TEL 06-6871-8073

すでに実施されたMRI等ありましたら、初診時にご持参ください (検査、血液、MRI、SPECT等)