

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)	
<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			
医療機関名	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		
所在地	予約希望	依頼科	<input type="checkbox"/> 精神科（月・木）	
			<input type="checkbox"/> 神経内科（水）	
TEL			<input type="checkbox"/> いずれでも可	
FAX			<input type="checkbox"/> 若年性認知症（水・木）	
医師名		第一希望	年 月 日（ ）	
連絡担当者名		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（ ）			
飲酒状況	飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（何を： 量： ）			
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）			

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）