

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)	
☐	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	☐ 主治医判断 ☐ 本人希望 ☐ 家族希望		
所在地 TEL FAX 医師名 連絡担当者名	予約希望	依頼科	☐ 精神科（月・水・木・金）	
			☐ 神経内科（火・水・木）	
			☐ いずれでも可	
			☐ 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	☐ 無 ☐ 有（ ）		
	その他			
依頼内容	☐ 鑑別診断 ☐ 進行度評価 ☐ 治療 ☐ その他（ ）			
主訴	☐ もの忘れ（ ） ☐ BPSD（ ） ☐ その他（ ）			
認知症 ☐ 診断済 ☐ 疑	☐ アルツハイマー型認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 前頭側頭型認知症 ☐ 脳血管性認知症 ☐ その他（ ）			
紹介状	☐ 当日持参 ☐ 郵送			
支援者 ☐ 有 ☐ 無	☐ 〔 〕 地域包括支援センター ☐ 〔 〕 認知症初期集中支援チーム ☐ 居宅支援事業所（ケアマネージャー）〔 〕 ☐ その他〔 〕			
同行者 ☐ 有 ☐ 無 できるだけ 同行をお願い します	☐ 家族 氏名 続柄（ ） 電話 ☐ その他 〔関係機関名〕		家族構成 ☐ 独居 ☐ 夫婦二人暮らし ☐ その他	
キーパーソン	☐ 同行者と同じ ☐ 同行者と違う 氏名 続柄（ ） 電話			
病状及び 特記事項	☐ 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）