

# 「もの忘れ外来」診療申込書（紹介・診療情報提供書）

令和 年 月 日

紹介先	紹介元
<b>横浜市立大学附属 市民総合医療センター 地域連携担当（予約受付）</b>  〒232-0024 横浜市南区浦舟町4-57 TEL 045-253-5797 FAX 045-253-5796	〒
	所在地 市
	医療機関名
	医師名 先生
	電話番号 - -
	FAX番号 - -

患者さん	フリガナ	男・女
	氏名	様 M・T・S ・H・R
	〒	年 月 日生（満 才）
	住所	
	TEL	

## 個別診察必要の有無

必要（診察時、患者さんとご家族が同席で症状をお聞きすることが困難な場合）

診療科 : 脳神経内科

診療日時 : 木曜日

受付を8時45分、検査は9時頃から、診察は検査結果判明後、12時頃から開始します。

※疾患の特性上、診察当日は必ずご家族など患者さんの普段のご様子の方がお付添いください。

◎検査結果報告書は、検査終了後に患者さんにお渡しします。（30分ほどお待ちいただきます）

「もの忘れ外来」は認知症の鑑別診断を目的としています。診断後の継続的な治療が必要な場合は、原則かかりつけ医に逆紹介をさせていただきます。

診察当日はCT検査や血液検査の結果が出るまで2~3時間程度かかります。その後に医師の診察となりますので、概ね1日の時間を要しますのであらかじめご了承ください。

症状経過（現病歴・既往歴・処方内容の記載をお願いします。紹介状別添の場合は省略可。）

この「診療申込書（紹介・診療情報提供書）」を下記の番号にFAXしてください。

※紹介状別添の場合は、紹介状も併せてFAXしてください。

**FAX 045-253-5796**（受付時間 平日 9時~17時）

横浜市立大学附属市民総合医療センター 地域連携担当（予約受付）

TEL 045-253-5797