

# 「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
	医療機関名
	医師名
	電話番号
	FAX番号

患者さん	フリガナ	男・女
	氏名	様 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9時30分、血液検査の結果判明後、診察は11時頃から開始します。  
画像検査は後日実施いたします。

※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。

「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。

診察初日は血液検査を行い、結果が出るまで1時間程度かかります。その後に医師が診察を行うため、概ね半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