

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

認知症診断サポート外来 予約依頼票

寺岡記念病院 地域医療連携室 宛 (ファックス番号 0847-40-3657)

紹介元情報

紹介元医療機関名称

医師名

TEL・FAX番号

患者情報

フリガナ _____ 生年月日 _____
患者氏名 _____ 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日
_____ 平・令 _____
住 所 〒 _____
_____ 日
電話番号 _____

※診療情報提供書の添付をお願いします

認知症サポート外来 検査の流れ

※ 検査から診察まで2回来院が必要です

【1回目】 (月～金 受付時間内) 希望日 ① _____ 月 _____ 日

M M S E (認知症機能検査)

② _____ 月 _____ 日

【2回目】 (月～金 受付時間内) 希望日 ① _____ 月 _____ 日

M R I

↓

診 察

② _____ 月 _____ 日



社会医療法人社団陽正会 寺岡記念病院 地域医療連携室

TEL 0847-40-3656 (直通)

FAX 0847-40-3657 (直通)