

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】(受付時間内) 希望日 ① \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

MMS E (認知症機能検査)

② \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【2回目】(受付時間内) 希望日 ① \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

MR 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)