

地域連携外来・老年内科受診依頼票 (診療情報提供書)

小林記念病院 老年内科
柳川 まどか 先生

住所:
施設名:
医師名:
TEL:
FAX:

氏名		男・女	住所	〒	
生年月日	T・S H・R	年	月	日	TEL
保険者番号				記号・番号	
公費番号①				受給者番号①	
公費番号②				受給者番号②	
希望日	<input type="checkbox"/> できるだけ早い受診日を希望				初診対応日 毎週水曜日 ①9:30 ②10:30 (診察前検査含む)
	<input type="checkbox"/> 以下の受診日を希望				
	第1希望	年	月	日	
	第2希望	年	月	日	
	第3希望	年	月	日	
1. 依頼目的 <input type="checkbox"/> 認知症診断 <input type="checkbox"/> 認知症に関連する症状悪化 <input type="checkbox"/> 包括評価 <input type="checkbox"/> 運転免許評価 <input type="checkbox"/> 主治医意見書評価					
2. 臨床情報・経過など					
3. 処方内容(処方がある場合、必ず詳細に記載をお願いします)					
その他	患者についての留意事項 (薬物アレルギー・感染症・既往歴等)				

決定日時

年 月 日() 午前 時 分 にご来院ください。

※ 後日患者さんのご自宅に、予約票と問診票を郵送させていただきます。