

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。

※ 来院時に、郵送した予約票と問診票を持参してください。