

診療情報提供書(認知症検査用)
予約TEL0463-88-2455 予約FAX0463-87-0468

医療法人 丹沢病院
認知症外来 担当医 宛

記載日 年 月 日

貴医療機関名 住所

紹介医師氏名 Tel
Fax

フリガナ 男 生年月日

患者氏名 様 女 M・T・S・H 年 月 日生()歳

住所 電話

予約日時	平成 年 月 日 () 時 分から
------	--------------------

予約申込検査 (お申込希望検査の□内にチェックをして下さい)

病名(主訴)	
症状及び経過	
検査目的 (希望事項)	
<input type="checkbox"/> 頭部CT撮影 (検査時間約10分)	
<input type="checkbox"/> 脳波検査 (検査時間約30分~60分)	
<input type="checkbox"/> 認知症診断補助の心理検査 (検査時間約60分~90分)	

※ 頭部CT撮影を希望される場合は、下記の情報も記載して下さい

身体情報	妊娠(有・無)・閉所恐怖症(有・無)・暗所恐怖症(有・無)
------	-------------------------------

検査申込手順

1. まず検査のご予約を 0463-88-2455 へお電話下さい
2. こちらから予約確認票をFAXいたしますので予約日時を確認し患者様にお渡し下さい
3. こちらの診療情報提供書をご記入いただき、0463-87-0468 へFAXして下さい

医療法人 丹沢病院 TEL 0463-88-2455 [平日・9:00 ~ 17:00]
神奈川県秦野市堀山下557 FAX 0463-87-0468 [土曜・9:00 ~ 13:00]

丹沢病院医師指示欄	<input type="checkbox"/> 頭部CT	<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 認知症診断心理検査
	指示日 平成 年 月 日		医師名