

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

- まず検査のご予約を **0463-88-2455** へお電話下さい
- 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
- 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
神奈川県秦野市堀山下557

TEL 0463-88-2455 (平日・9:00～17:00)
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