

紹介状

(診療情報提供書・診察予約用)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター
認知症診療センター

紹介元医療機関名及び所在地：※改行は「Altキー + Enterキー」

担当医師名：	科	印
電話番号：	()	-
FAX番号：	()	-
申込担当者：		

☐ もの忘れ外来 ☐ 抗Aβ抗体治療外来

※上記希望外来に☑を入れてください。

受診希望日 令和 年 月 日 ()

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏名		☐ 有 ☐ 男	☐ 無 ☐ 女	☐ 貴医療機関にて外来待機中 ☐ 貴医療機関に入院中 ☐ 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち ☐ その他 ()	
旧姓	※お分かりでしたらご記入お願いします。			患者さん来院方法	
生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	歳
住所	〒 -				
自宅	() -	連絡先	() -		
紹介目的	☐ もの忘れの原因精査			☐ 運転免許証更新に係る認知機能検査	
	☐ 抗Aβ抗体薬(レカネマブ・ドナネマブ)による治療			☐ その他 ()	
	抗Aβ抗体治療外来を希望される方は、以下のすべての項目に該当することをご確認下さい。 1つでも該当しない場合は、もの忘れ外来の受診となります。				
	☐ 40歳～90歳である ☐ もの忘れが軽度である ☐ 問診上、脳出血および脳挫傷の既往がない ☐ 点滴目的に1ヶ月に1回以上、当院への通院が可能				
患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて(直接予約日変更時でも下記予約受付時間での対応となります)			☐ 承諾する ☐ 不承諾	不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。	
①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※症状出現時期を記載ください ☐ 2週間以内 ☐ 2週間以上経過					
添付資料 ☐ 無 ☐ 検査データ ☐ CT・MRI画像 ☐ その他 ()					