

FAX予約依頼票（認知症外来用）

紹介先医療機関名

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院
認知症疾患医療センター
医師名

紹介元医療機関
名称・所在地
医師名
電話番号
FAX番号

受診希望日	第1希望	令和 年 月 日	第2希望	令和 年 月 日
-------	------	----------	------	----------

患者	フリガナ		性別	身長	cm	
	氏名		男・女	体重	kg	
	生年月日	明・大 年 月 日(歳) 昭・平	貴院への 受診歴	1. あり 2. なし 3. 不詳		
	住所	Tel自宅 () - Tel連絡先 () -				
上記以外の 連絡先	フリガナ		性別	続 柄		
	氏名		男・女			
	住所					
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()				

※お手数ですが、次の項目について該当する箇所に○印をつけてください。

- ◆ 受診について患者本人の同意：あり・なし
- ◆ 問診票送付先：患者自宅・家族自宅・その他 ()

上記患者様を次のとおり紹介させていただきます。

※患者様の症状などは、別紙診療情報提供書に記載をお願いします。

概要	
要	

※受診日当日にMRI検査をします。安全点検項目の確認のため、別紙「MRI検査前チェックシート」に記入の上、依頼票、紹介状と一緒にFAX送信をお願いします。

患者様に切り取ってお渡しく下さい。

----- 切り取り -----

来院の際に必ず持参してください。

令和 年 月 日

紹介患者予約票（認知症外来用）

西脇市立西脇病院 認知症疾患医療センター
担当者

次のとおり予約を受けました。

氏名	様			
生年月日等	(明・大・昭・平 年 月 日生 男・女)		(ID:)	
診療科 医師名	認知症疾患医療センター 脳神経内科 佐藤 一彦		時 分にご家族の方と一緒にご来院下さい。 診察前に問診があります。 問診票を郵送しますので、記入してご持参ください。	
診察 予約日時	令和 年 月 日(曜日) 午前 時 分			
MRI検査 予約日時	令和 年 月 日(曜日) 午前 時 分			