

神奈川県リハビリテーション病院

紹介状・診療情報提供書(MCI/軽度認知症専用)

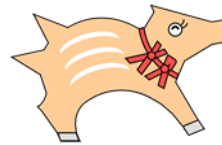
予約電話番号：046-249-2489（神奈川県リハビリテーション病院 予約センター）

受付時間：平日 13時00分～16時15分迄

※予約は、受診希望日の前日までにお願いいたします。

「瀧澤医師の認知症外来の予約」とお申し出ください。

お電話にてご予約の上、受診日当日にこちらの用紙をご持参ください。



【患者さんの基本情報】

ふりがな 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号		神奈川県リハビリ テーション病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
住所	(〒)		

【主訴・依頼理由】 *複数チェック可

- 認知機能低下の原疾患診断（鑑別診断）
 今後の治療方針の決定
 抗アミロイドβ抗体薬の投与希望の有無 無 ・ 有
 検査のみ希望 ※希望の検査に○をつけてください
(MRI ・ CT ・ SPECT ・ 脳波)

その他 ()

【患者さん情報】

既往歴	1. 脳出血や脳梗塞などの脳血管障害の既往 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 有の場合の疾患名： 発症時期： 年 月 日
	2. 上記以外の既往歴 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 有の場合の疾患名： 発症時期： 年 月 日
合併症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 有の場合の疾患名：
内服薬	抗凝固薬・抗血小板薬の内服 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (薬品名：) <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 (薬品名：)

【紹介元医療機関】

(医療機関名) _____
(住所) _____
(電話番号) _____
(医師名) _____

連絡担当者
FAX番号