

アルツハイマー病早期治療外来予約申込書

富士市立中央病院 地域医療連携室 FAX0545-53-3708 TEL0545-52-1131

富士市立中央病院
脳神経内科 河野 優先生 御侍史

紹介元医療機関
名称:
住所:
医師名:
TEL:
FAX:

フリガナ 患者氏名			当院受診歴 (有 ・ 無)
	フリガナ 旧姓 () 男 / 女	患者ID	
生年月日	大・昭・平・令・西暦		年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話：(自宅) (連絡先)		
診 断 名	軽度アルツハイマー型認知症の疑い		
紹介目的	アルツハイマー病早期治療薬投与適応の精査及び治療		
MMSE	点	※MMSEは、直近3ヶ月以内の評価をお願いします。 ※MMSE 21点以下は、対象外となります。	
予 約 希望日	第1 (月 日 / 月曜日のみ)		第2 (月 日 / 月曜日のみ)

※診療情報提供書を添付してください。

※受診当日は、必ず普段の状態をご存じのご家族と一緒に受診していただくようお願いさせていただきます。

※保険情報は可能な限りご記入願います。(院外処方箋(写)をFAXしていただいても構いません。)

中央病院処理欄

予約日時 月 日 () 時 分～
月 日 受付