

診療情報提供書

(認知症疾患医療センター紹介用)

紹介先医療機関名： 医療法人幸仁会 高松病院 認知症疾患医療センター

もの忘れ外来 担当医 宛

患者氏名	様	男・女	明・大・昭・平	年	月	日	歳
傷病名							
紹介目的 (<input type="checkbox"/> にチェックをお願い致します)							
<input type="checkbox"/> 認知症の検査・鑑別診断							
<input type="checkbox"/> 認知症の周辺症状の治療							
<input type="checkbox"/> 入院依頼							
<input type="checkbox"/> その他 ()							
既往歴							
経過、現在の処方など							
受診後の希望 (<input type="checkbox"/> にチェックをお願い致します)							
<input type="checkbox"/> 認知症の治療は、貴院 (高松病院) でお願いします。							
<input type="checkbox"/> 認知症の治療は、当院 (紹介元) で行います。							
<input type="checkbox"/> その他 ()							

平成 年 月 日

紹介元医療機関 :

所在地 :

電話 :

医師名 :

印