

# FAX 086-427-1197

## 倉敷平成病院 認知症疾患医療センター もの忘れ外来予約申込書(FAX送信用)

※予約日時が決まり次第、「予約診療票」をFAX送信いたします。 平成 年 月 日

紹介元 医療機関名		医師名	
住所	〒		
TEL	( ) -	FAX	( ) -

### ■患者情報

フリガナ			
氏名		生年 月日	明大昭 年 月 日( 歳)
住所	〒		性別 男・女
TEL	( ) -		
MRI検査	不可の場合、差し支えなければご理由の記入をお願いします。		

■もの忘れ外来の初診の際は、事前にももの忘れのことや生活状況について聞き取りをしています。そのため、お話をさせていただく方のお名前、連絡先、連絡可能な時間を下記に記入ください。予約取得後、当センターの精神保健福祉士より電話を致します。

氏名		続柄		性別	男・女
連絡先番号	①	②			
住所	〒				
連絡希望時間					

### ■予約希望

第1希望 受診曜日	曜日	第2希望 受診曜日	曜日
--------------	----	--------------	----

※診療情報提供書も一緒にFAXお願いします。  
※緊急の対応が必要と判断される場合は、直接お電話にてその旨をお伝えください。

## 倉敷平成病院 認知症疾患医療センター

受付時間 月～金；8時30分～17時 土；8時30分～12時  
(休；年末年始・日曜・祝日・土曜午後)

もの忘れ外来診療（予約制）

初診 月 火 木 金 土（第1～4）の午前中

再診 火 水 木 の午前中

FAX；086-427-1197（認知症疾患医療センター 地域連携室専用）

TEL；086-427-3535（認知症疾患医療センター専用）

※FAXは24時間受付をしていますが、受付時間外は翌診療日の処理となりますのでご了承ください。

※もの忘れ外来予約申込書は、倉敷平成病院のホームページ「地域連携」のページからダウンロードいただけます。