

倉敷平成病院 認知症疾患医療センター
外来診療ご予約手順

- ① もの忘れ外来予約申込書に必要事項をご記入ください。
- ② もの忘れ外来予約申込書と診療情報提供書を FAX でご送信ください。
専用 FAX 0 8 6 - 4 2 7 - 1 1 9 7
予約をお取りし、貴院へ予約診療票を F A X でご返信します。
- ③ 予約診療票を患者様にお渡しください。
- ④ 予約日までの間に、当センターの精神保健福祉士が、もの忘れ外来予約申込書にご記入いただいた、ご家族の連絡先へご連絡させていただき、もの忘れの内容や日ごろのご様子を事前に確認させていただきます。診療の参考にさせていただきますので、分かる範囲でお答えください。
- ⑤ 予約当日は、原則ご家族の付き添いをお願いします。
問診 MRI (あるいはCT) 脳波 認知機能検査 心電図 血液検査等の検査を行います。
- ⑥ 専門医による診察・診断を行い、結果説明・治療計画を立てます。ご本人・ご家族の同意があれば、担当ケアマネジャー、地域包括支援センターなどの介護保険事業所の方の同席も可能です。
- ⑦ 当院受診後は、原則ご紹介いただいた貴院での治療継続をお願いします。診療情報提供書をご送付いたします。
経過の確認やさらに詳しい検査が必要な場合などは、再度受診をしていただくこともあります。
- ⑧ 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。
- ⑨ 脳血流検査・MIBG 心筋シンチグラフィー等の核医学検査および、精神的な救急対応が必要な場合は提携病院と連携して診療にあたります。

※ 診療情報提供書の原本は当日ご持参ください。

※ 受診の際は、紹介状・お薬手帳・保険証をご持参いただくようお願いください。

※ ご予約時間の 30 分前にご来院いただくようお願いください。

※ 外来診療予約 F A X 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。

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

年末年始・日曜・祝日・土曜午後はお休みです。

F A X ； 0 8 6 - 4 2 7 - 1 1 9 7 (認知症疾患医療センター 地域連携室専用)

T E L ； 0 8 6 - 4 2 7 - 3 5 3 5 (認知症疾患医療センター専用)

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	-----			生年 月日	明 大 年 月 日 (歳)
氏名					
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。				

■もの忘れ外来では、事前にもの忘れのことや、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 初診の方の診療は、月火木金と第1から4土曜の、午前中のみです。
1~2ヶ月程お待ちいただいている状況ですので、病状的に緊急の対応が必要と判断される場合は、
直接お電話にて、その旨をお知らせください。

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

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 第1~4土曜の午前中 / 再診 火~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。

H30年8月