

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**  
もの忘れ外来の予約をお取りし、貴院へ予約診療票を **F A X** でご返信します。
- ③ 予約診療票と問診票を患者様にお渡しください。
- ④ もの忘れ外来予約申込書に、ご記入いただいた患者様の連絡先へ、当センターの精神保健福祉士が連絡し、もの忘れのことも含め、生活状況等を事前に確認させていただきます。
- ⑤ 予約当日は、日ごろのご本人の様子の分かる方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、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

休；年末年始・日曜・祝日・土曜午後)

**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 ) 昭
氏名					
住所	〒			性別	男・女
TEL	( ) -				
MRI検査	不可の場合、差し支えなければ理由をお聞かせ下さい。				

■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事前問診を行っています。  
当センターの精神保健福祉士より電話を致します。  
可能な範囲でお答えで構いませんので、日中連絡が付きやすい方の連絡先をご記入ください。

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

初診の方の診療は水曜と第5土曜を除いた、月火木金と第1~4土の午前中のみです。  
大変ご希望者が多く通常で3か月程お待ち頂いている状況ですので、曜日のみ記入ください。

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

※可能でしたら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

TEL 086-427-3535 (認知症疾患医療センター直通)

FAX 086-427-1197 (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・日祝・土曜午後はお休みです)

※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。