

# もの忘れ外来予約依頼書

FAX送信票

甲南病院 地域医療連携室宛 (FAX: 0748-86-3257)

年 月 日

紹介医療機関名・医師名

## 患者基本情報

|      |     |     |      |
|------|-----|-----|------|
| フリガナ |     | 性別  | 生年月日 |
| 患者氏名 |     | 男・女 |      |
| 住所   | 〒 - |     | TEL: |

下記についてお教えてください。

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| ①運転免許更新で認知症検査実施の指示を受けての受診か? | はい ・ いいえ |
| ②ご同伴者の続柄 (本人との関係)           |          |
| ③ご家族のつながる電話番号               |          |
| ④電話がつながる時間                  |          |

※担当者から改めてご家族にお電話し、予約をお取りします。  
必ず診療情報提供書と一緒にFAX送信をお願いします。

- ・患者様は貴院様での診察が終了しましたら、お帰りいただいて結構です。
- ・紹介状 (原本) は、当日ご持参いただくよう手配をお願いします。

医療法人社団仁生会 甲南病院 地域医療連携室

■月～土 8:30～17:00 (休祝日を除く)

TEL: 0748-86-3210 FAX: 0748-86-3257

ご不明な点等ございましたら、上記番号へお電話ください。

電話は時間内での対応となります。

FAXは24時間受付可 (ただし、時間外・休祝日受付分は、翌診療日の対応となります。)