

# 【認知症疾患医療センター 確認事項シート】

FAX 022-245-1811 (仙台西多賀病院 地域医療連携室あて)

大変お手数ですが、【患者紹介用紙(様式1)】と併せてご記入ください。  
※なるべく、ご本人様以外の方からの聞き取りをお願いいたします。

患者氏名 ( \_\_\_\_\_ 様)

- 初期診断後の定期通院(治療・処方等)は原則かかりつけ医へお願いしております。  
※紹介元医療機関と定期通院先(かかりつけ医)が異なる場合は下記にご記載ください。

( \_\_\_\_\_ )

- 当日は診察の他、採血、頭部MRI、心理検査等で半日以上のかかります。お時間に十分余裕をもってご来院願います。(食事・お薬は通常どおりで構いません。)

- 頭部MRI検査のために伺います。体内に**金属(ペースメーカー・ホルト・ステント等)やインプラント(歯)**はありますか。

⇒**金属(有・無)** ⇒ **インプラント(有・無)**

※有の場合⇒ **MRI(可・不可・不明)** 下記もご記載ください。

どの医療機関で( \_\_\_\_\_ )いつ頃( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

どこの部位に( \_\_\_\_\_ )なぜ( \_\_\_\_\_ )

- ご家族の中で、当院脳神経内科に通院歴のある方はいらっしゃいますか。

⇒ ( いる ・ いない )

いる場合⇒ (家族の名前: \_\_\_\_\_ 、生年月日: \_\_\_\_\_ 、続柄 \_\_\_\_\_ )

- 当日のお付き添いはどなたがいらっしゃいますか。可能な限り2名(日常生活状況が分かる方)をお願いいたします。(ご家族等への聞き取り時に、患者様が一人きりで待機するのを避けるためにご協力下さい。)

付き添い( \_\_\_\_\_ 名) (続柄: \_\_\_\_\_ )

- 予約の数日前に来院の最終確認のお電話をさせていただきます。お付き添いの方のご連絡先をご記入ください。

(続柄: \_\_\_\_\_ 名前: \_\_\_\_\_ 様⇒電話番号 \_\_\_\_\_ )

- キャンセルが出た際、ご連絡を希望されますか。⇒ ( する ・ しない )

当日の朝にキャンセルが出る場合もございます。当日の朝でもご連絡を希望されますか。

⇒ ( する ・ しない )

ご協力ありがとうございました。ご不明な点はお問い合わせください。