

## (神経内科)認知症診断専門外来 予約時情報提供のお願い

ご予約いただき、ありがとうございます。

当院の認知症診断専門外来を受診される際には、受診目的等の事前のご提供をお願いしています。

つきましては、下記にご記入のうえFAXにてご返送ください。

○受診目的：下記から選んでください。

1. 認知症初回診断
2. 認知症経過評価
3. 運転免許更新のための診断命令
4. 成年後見のための意見書（鑑定を除く）
5. 老年期精神病に対する器質脳疾患の除外  
(貴院にて精神科受診の手配も同時に進めてください)
6. その他 \_\_\_\_\_

病 歴：

発症時期 \_\_\_\_\_

初発症状 \_\_\_\_\_

経 過 \_\_\_\_\_

※ 神経心理検査、採血、画像データ等があれば、こちらも事前にFAXにてご送付ください。

(送信先) 医療連携室 FAX：048-965-5222

〒343-8577 埼玉県越谷市東越谷 10-32  
越谷市立病院 医療連携室  
TEL：048-965-2221 (内 3135・3114)