

老年内科受診申込書（兼）診療情報提供書

年 月 日

電話番号： 0562-88-3010（代表）

F A X 番号： 0562-46-3309

国立長寿医療研究センター 老年内科 宛

医療機関名：

住所：

電話番号：

F A X 番号：

医師名：

フリガナ			生年月日	大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名		男・女		年 月 日 ( 歳)
住所 電話番号	〒  電話番号			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり    (診察券番号： )			

診療希望日	年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 指定なし			
医師指定	医師名 <input type="checkbox"/> 指定なし			

受診理由

診断名				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 身体症状・精査希望 ( ) <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 (ADL・IADL の低下) <input type="checkbox"/> 食欲低下・体重減少・低栄養 <input type="checkbox"/> 歩行能力の低下・転倒 <input type="checkbox"/> 多病・多剤内服 (ポリファーマシー) <input type="checkbox"/> もの忘れ・認知機能障害 <input type="checkbox"/> フレイル健診での該当 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 人工栄養の選択に関する意思決定支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
経過・ 検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり			
その他 留意事項				