**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）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ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：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 大　・　昭　・　平  　　　年　　　月　　　日  （　　　　　　　歳） |
| 患者氏名 |  | 男・女 |
| 住所  電話番号 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |
| 当院受診歴 | * なし　　　□　不明　　　□　あり　（診察券番号：　　　　　　　　　　　） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療希望日 | 年　　　　　月　　　　日（　　　　） □　指定なし |
| 医師指定 | 医師名　　　　　　　　　　　　　　□　指定なし |

受診理由

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