**オレンジパス入院・紹介状**

国立長寿医療研究センター・もの忘れセンター　宛

**下記患者様を紹介します**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平  　　 年　　月　　日  （　　　　　歳） |
| 患者氏名 |  | 男 ・ 女 |
| 住　　 所  電 話 番 号 | 〒  TEL | | | |
| 当院受診歴 | □ なし　　□ 不明　　□ あり　（診察券番号：　　　　　　　） | | | |

|  |
| --- |
| ＜現病歴＞ |
|  |
|  |
| ＜既往歴＞ | |
|  | |
|  | |
| ＜家族歴＞ | |
|  | |
|  | |
| ＜内服薬＞ | |
|  | |
|  | |
| 認知機能（HDS-R/MMSE）： | |
|  | |
| 個室/大部屋の希望： | |
|  | |
| 家族滞在の希望： | |
|  | |
| 診断説明時の再来院の希望： | |
|  | |

以上よろしくお願いします。

|  |
| --- |
| 医療機関名 |
| 所在地： |
| 電話番号 |
| FAX番号 |
| 医師氏名 |