



(1) 地域医療連携室まで、ご連絡ください。相談員が、お話を伺います。

【伺う内容】

- ◎ これまでにかかった病気の内容や時期。
- ◎ 現在治療中の病気の内容や、服薬状況。
- ◎ いつ頃から、認知症の症状を感じているか。
- ◎ ご家族の状況。
- ◎ 社会資源の利用状況。 ……など

【かかりつけ医がいる場合】

紹介状（診療情報提供書）、MRI画像データ等のご用意をお願い致します。

地域医療連携室

TEL: 045-360-8787 (代表)

受付時間: 9時~17時 (日曜、祝日、年末年始を除く)

(2) 予約を取り、受診日をご連絡致します。

お話を伺った後、地域医療連携室の相談員が受診日の予約を取ります。

予約の日時について、ご希望がございましたら相談員にお伝えください。

(予約状況により、ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください)

(3) 受診日当日、予約時間にご来院ください。

疾患の特性から、ご本人の日常生活をよくご存じの方（ご家族等）の同伴をお願い致します。

