

関西医科大学総合医療センター 診療情報提供書
(紹介状・パーキンソン病関連用)
 兼 FAX紹介予約申込書 (FAX : 06-6993-9488)

平成 年 月 日

関西医科大学総合医療センター
 神経内科 近藤 誉之 先生 宛
 <紹介元医療機関>
 所在地
 名称
 電話番号

FAX番号

医師氏名:

印

フリガナ	
患者氏名	
患者住所	〒 -
電話番号	() -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳) 男・女
受診歴	関西医科大学総合医療センターでの受診歴 (有 ・ 無)
希望受診日	平成 年 月 日 ()
※口にチェックしてください	
非運動症状に関して	1.匂いがわからなくなっていますか (食べ物や便のにおいなどを想定してください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2.睡眠時に下記のようなことがありますか (攻撃的だったり不快なあるいは怖い夢をよく見る) (寝ている時に手や足をよく動かす) (夢を見ている時に喋ったり、何かをしているかのように腕や足を動かすことがある) (夢の内容をよく覚えている)
	3.頑固な便秘がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
運動症状に関して	1.膝に手を置いて座っていると手や足が振るえますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2.字を書いていると字がだんだん小さくなりますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3.寝返りをうつことが困難ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	4.歩くスピードが徐々に遅くなっていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	5.歩いている時に腰曲がりがあり、横になると腰が伸びますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	6.歩き始めや狭いところで足がすくみますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	7.止まろうとしても止まれなかったことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	8.歩行障害は徐々に悪くなっていますか— 腰椎や膝関節の手術後も含めて <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
特記事項/ その他治療中病名/ 服薬中薬剤名	(必要がある場合は、別紙に記載して添付願います。)

<お問い合わせ先>

地域医療連携部 〒570-8507 大阪府守口市文園町 10-15 電話 06-6993-9444 (直通)