

# 免許更新に伴う認知症検査外来予約シート

ご記入の上、「FAXによる診療予約申込書」と一緒にFAXでお送りください。

氏名【  
様】 性別【 男 ・ 女 】

生年月日【大・昭 年 月 日】 体重【およそ kg】

## 【確認事項】

### (1) 診断書の提出期限及び提出先

※総合交通安全センターからの書類に記載されています。

①提出期限（ 年 月 日）

②提出先（該当する□にチェックをしてください。）

総合交通安全センター 運転免許課 講習係

総合交通安全センター 運転免許課 安全運転相談係

その他（ ）

### (2) 診断書の作成について

診断書の作成先をお選びいただき、□にチェックをしてください。

検査結果は後日お知らせします。

かかりつけ医（紹介元の先生）にお返し 専門医に紹介

### (3) MRI 検査の可否

体内金属や閉所恐怖症等の有無をご確認ください。

MRI 検査ができない場合は CT 検査となります。

できる できない…できない理由をご記入ください。

（ ）

### (4) 当日同行される方について

できるだけご家族と一緒にお願いいたします。

氏名（ ） 続柄（ ）

日中連絡が取れる連絡先（ ）

### (5) 予約確認のご連絡について

予約日の前日（お昼頃）に予約日時等の確認のお電話を差し上げています。

希望される連絡先にチェックを入れてください。

連絡先 自宅 携帯電話（ ）

その他（ ）