

# 心理検査予約の流れ

## 1. 心理検査申込書の記入

①心理検査申込書（本紙2枚目）に、所定項目を記入してください。

書式は16歳以上・16歳未満の2種類あります。ご注意ください。

## 2. FAX 送付

①地域連携室まで、心理検査申込書をFAX（072-362-1284）で送付してください。

FAXの送付のさい、お電話（072-361-0545）をお願いします。

## 3. 予定日の調整

①予約内容が確認できましたら、当院から予約日の連絡をします。

②予約票（本紙3枚目）に予約日時を記入し、患者様に渡してください。

## 4. 診療情報提供書の送付

①診療情報提供書を、予約日の前日までに地域連携室までFAX（072-362-1284）で送付してください。

②診療情報提供書の原本は患者様にお渡しください。

## 1. 紹介元医療機関名・住所・医師名

住所		電話番号	( )
医療機関名・ 医師名		FAX	( )

## 2. 紹介患者情報

フリガナ		男女	大・昭・平・令 年
紹介患者氏名			月 日生 ( 歳)
主訴または病名			

## 3. 検査目的・希望事項

--	--

## 4. 依頼検査項目

発達・知能検査	<input type="checkbox"/> WAIS-IV <input type="checkbox"/> AQ 自閉症スペクトラム指数 <input type="checkbox"/> CAARS <input type="checkbox"/> PARS-TR
人格検査	<input type="checkbox"/> ロールシャッハテスト <input type="checkbox"/> P-F スタディ <input type="checkbox"/> TEG-3 <input type="checkbox"/> 描画テスト
認知症検査	<input type="checkbox"/> ADAS <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE-J <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> ベントン視覚記銘検査 <input type="checkbox"/> 三宅式記銘力検査
その他	<input type="checkbox"/> 希望する検査項目 (上記以外の検査項目) ( )
<input type="checkbox"/> 検査項目の選定は 当院に委託	* 検査目的や希望事項に応じて当院に実施検査項目を委託される場合は、左欄の□にチェックを入れてください

## 5. 検査希望日

第1希望日	令和 年 月 日
第2希望日	令和 年 月 日
第3希望日	令和 年 月 日

## 6. 検査結果書類の希望

<input type="checkbox"/> 本人向け (本人からの希望がある)
<input type="checkbox"/> 家族向け (家族からの希望がある)

## 7. 備考

--	--

# 心理検査予約票

様

検査日時	令和	年	月	日	曜日
				時	分～

★検査日当日は、予約時間に遅れないよう、余裕を持ってお越し下さい。

★検査当日は、

1. 保険証 2. 紹介状 3. 心理検査予約票（本紙） の3点をお持ち下さい。

\* お子様の場合 4. 母子手帳 5. 待ち時間を過ごす為に必要な物もお持ち下さい。

★当日、来院されましたら受付に上記の3点をご提出ください。

（母子手帳は、問診票のご記入の際に使用していただきますので提出の必要はありません）

★もし予約時間に間に合わない時は、072-361-0545 までご連絡ください。

★検査にかかる時間や日数は、検査内容により異なります。

個人差はありますが、初回の実施時間は1～2時間程度です。複数日に分けて実施する場合スケジュールは初日にご相談の上、決定致します。あらかじめ、ご了承ください。

《保護者のかたへ》

★当院心理師が、お子様の普段の様子について伺う面接を行う場合がございます。

当日の事に関しましてご質問等ございましたら、下記受付時間中にお問い合わせください。

《連絡先》医療法人 好寿会 美原病院 地域連携室

受付時間：平日 9時～16時 土曜日 9時～16時

TEL：072-361-0545（代表）