

公益社団法人日本老年精神医学会
ホームページ記載情報変更届

年 月 日届

※ 必要事項をご記入のうえ、学会事務センターまで郵送または FAX にてお送りください。

氏名	(フリガナ)	会員番号	専門医番号

1.病院・施設名				
2.診療科名				
3.住所	〒			
4.TEL		5. FAX		
6.E-mail				
7.URL	http : //			
8.早期診断対応 (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可		
9.初診までの対応 (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 直接来院可 <input type="checkbox"/> 電話による予約 <input type="checkbox"/> 医師等の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()			
10.対応可能な原因疾患名 (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 (ピック病) <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
11.認知症の診断に当たって通常行う検査方法 (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> M R 萎縮度解析 <input type="checkbox"/> S P E C T (脳血流検査) <input type="checkbox"/> P E T (脳代謝検査) <input type="checkbox"/> 臨床心理士による知能検査			
12.連携施設等 (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> リハビリ施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人施設 <input type="checkbox"/> その他 ()			
13.認知症の患者への対応 (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 外来のみ <input type="checkbox"/> 自院で入院も可能 <input type="checkbox"/> 他院を紹介している <input type="checkbox"/> 併設施設等への紹介			
14.診療担当曜日・時間 (✓をつけてください)	月曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日	火曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日
	水曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日	木曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日
	金曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日	土曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日
	日曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日	<input type="checkbox"/> 予約制 (TEL:)	
15.電話相談 受付曜日・時間 (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 有 (電話番号:) <input type="checkbox"/> 無			
	月曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日	火曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日
	水曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日	木曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日
	金曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日	土曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日
	日曜日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 全日		
16.その他の相談	<input type="checkbox"/> 書面 (送付先: 〒)			
	<input type="checkbox"/> FAX (番号:)			
	<input type="checkbox"/> E-mail (アドレス:)			
備考 (特定の項目を非表示にされる際には項目番号をご記入のうえご連絡ください)				

【送付先】公益社団法人日本老年精神医学会
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル 2F
TEL : 03-5206-7434 E-mail : rouseioffice@rounen.org

FAX : 03-5206-7757