

心理検査依頼書

※別途、診療情報提供書の添付をお願いいたします。

紹介元医療機関： _____ 依頼日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

紹介元医師名： _____ 電話番号： _____

記載者： _____ FAX： _____

(ふりがな) 患者氏名	(_____)	性別 男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日 () 歳
住所	〒 _____ TEL (_____) _____			
検査目的	<input type="checkbox"/> 知能指数の測定 <input type="checkbox"/> 発達障害の鑑別 (ASD・ADHD・SLD) <input type="checkbox"/> 疾患の鑑別 (疾患名： _____) <input type="checkbox"/> 性格傾向の把握 <input type="checkbox"/> 病態水準の把握 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
実施希望 心理検査	<input type="checkbox"/> WAIS-IV <input type="checkbox"/> WISC-V <input type="checkbox"/> AQ-J <input type="checkbox"/> PARS <input type="checkbox"/> ASRS <input type="checkbox"/> CAARS <input type="checkbox"/> MMPI <input type="checkbox"/> ロールシャッハテスト <input type="checkbox"/> バウムテスト <input type="checkbox"/> 風景構成法 <input type="checkbox"/> ADAS-Jcog <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 検査目的に合わせて青南病院で決定 ※検査数によっては、複数回の来院が必要になる場合があります。			
特記事項 ご要望など				
青南病院 記載欄				
受診予定日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日				
(来院時間につきましては、受診予定日の一週間前にお電話にて患者様にお伝えします。)				

- ご依頼日から5日以内に当院より患者様にご連絡し、受診日・心理検査日の調整を致します。
- 心理検査実施前に、当院で医師の診察を受けていただく必要があります。
- 心理検査が終了次第、検査結果の所見を作成し紹介元医療機関へ郵送致します。
(郵送料患者様負担：120円) 検査後、約2週間程度お時間をいただいておりますが
ご了承ください。