

臨床心理室依頼書

年 月 日

医療機関名： _____ ご署名： _____

《患者様情報》

氏名 _____ 様 男・女 _____ 歳（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生）

《診断名》

◆ご依頼目的

◆ご依頼内容（ご希望の内容を○で囲んでください）

* 認知機能検査

- ・ HDS—R（長谷川式簡易認知機能スケール）
- ・ MMSE（Mini Mental State examination）
- ・ CDT（Clock Drawing Test）→時計の絵を描いて頂く認知機能検査
- ・ その他の検査（ _____ ）

* 情緒面の検査

- ・ SDS 抑うつ検査→抑うつの状態を評価する検査
- ・ POMS2→気分状態を評価する検査
- ・ PAID→糖尿病の負担感を評価する検査
- ・ その他の検査（ _____ ）

検査時間は 30 分～1 時間となります。