

診療情報提供書(もの忘れ連携用)

久留米大学病院医療連携センター行
FAX番号 0942-31-7897(予約専用)

紹介先医療機関: 紹介元医療機関:

久留米大学病院 もの忘れ外来 診療科:

先生 医師氏名:

診察予約日 (当院医師と直接予約済の場合) 住所:

月 日 時(午前・午後) TEL/FAX:

記載日: 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日 年齢(歳)			
患者氏名		男・女	明治・大正 年 月 日() 昭和・平成			
住所	〒		Key Person (保護者)		続柄	
電話	()		生活状況	□一人暮らし □夫婦二人 □家族同居 □施設入所		
紹介目的	□認知症精査・診断 □治療(中核症状・周辺症状・身体合併症) □その他()					
現在治療中の病名	□高血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □心疾患() □脳血管障害 □パーキンソン病 □甲状腺疾患 □頭部外傷 □アルコール・薬物関連障害 □その他()					
治療経過						
現在の処方内容						
その他特記事項						

※現在の症状で当てはまる所にチェックをお願いいたします。(わかる範囲で結構です)

現症	□もの忘れ(年前より・ 月前より・ 最近) [HDS-R: 点、MMSE: 点]					
	□見当識障害 □判断力低下					
	□周辺症状(BPSD)で困っている ○徘徊 ○暴言・暴行 ○妄想() ○幻覚(幻視・幻聴・その他) ○介護への抵抗 ○火の不始末 ○不潔行為 ○異食行動 ○盗食 ○性的逸脱行為 ○睡眠障害(不眠・昼夜逆転) ○食欲の低下 ○意欲の低下 ○抑うつ状態					
	□歩行障害 □嚥下障害 □視覚障害 □聴力障害 □その他(特記事項):					

血液検査データ	☐ 有(データ添付) ☐ 無	特記事項:
返信時の画像希望	☐ 必要 ☐ 不要	
介護保険	☐ 有 ☐ 無 ☐ 申請中 (要支援1・要支援2)(要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)	