

診療情報提供書(もの忘れ連携用)

記載日:令和 年 月 日

紹介先医療機関:

紹介元医療機関:

診療科:

診療科:

医師氏名:

医師氏名:

住所:

TEL/FAX:

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)