

返書(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 昭和・平成	年 月 日(歳)
住 所	〒		電 話	()
診 断	☐ アルツハイマー型認知症 ☐ 脳血管性認知症 ☐ 混合型認知症 ☐ 前頭側頭型認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 軽度認知障害(MCI) ☐ 加齢に伴うもの忘れ ☐ その他()と考えられます ☐ 診断保留			
検査所見	☐ HDS-R: /30 点 ☐ MMSE: /30 点 ☐ CDR(FAST): ☐ その他() ☐ 頭部CT ☐ 頭部MRI(VSRADを含む) ☐ SPECT <<画像所見>> <<神経学的所見>> <<その他>>			
今後の方針	☐ このまま貴院にて経過観察(ご加療)して下さい ☐ このまま貴院にて経過観察し、()頃にまた受診を勧めて下さい ☐ 確定診断のため、当院にて精査します ☐ 当院で暫く診させていただきます(身体疾患については、貴院・当院をお願いします) ☐ 当院での入院(入院予約)加療としました。 その他:			
本人への 治療・指導	☐ 現在の治療で結構です ☐ 現在の治療から ()へ変更をお願いします ☐ 現在の治療から ()を追加してください ☐ 今回新たに ()を開始しています ☐ 心理教育・服薬指導を行いました			
	☐ 車の運転については(本人・家族)に適當ではない旨をお伝えしております。			
家族への 指導・介入				
その他 (特記事項)				