

診療情報提供書

年 月 日

紹介先認知症専門医療機関

科
殿

医療機関名
住 所
電 話
F A X
医 師 氏 名

(印)

(フリガナ)		性別		要介護認定	無・有	要支援 []
患者氏名		男・女				要介護 []
住 所				電話番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)					
介護支援 専門員	無・有 (事業所名と担当者名)					

病 名						
紹 介 目 的						
既 往 歴および 家 族 歴						
症状や治療経過 および検査結果 や方針						
睡 眠 状 況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	(入眠困難・中途覚醒・早期覚醒・浅眠)	頻度	毎日・時々・なし	
食 欲 低 下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	体重減少 () か月で () kg減			
意 欲 低 下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	(程度や状況)			
気分の落ち込み	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	(程度や状況)			
認められる周辺症 状(有のみチェック)	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> その他 ()
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	[MRSA・HBS抗原・HCV抗体・梅毒関連血清・他 ()]			
MRIの貸出希望	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない				
処方内容				備考		

※最新の血液検査データと実施された脳機能検査や心電図等の諸検査データがあれば添付してください。

※チェックシートがあれば添付してください。