

返書(もの忘れ連携用)

記載日:平成 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	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 混合型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI) <input type="checkbox"/> 加齢に伴うもの忘れ <input type="checkbox"/> その他()と考えられます <input type="checkbox"/> 診断保留		
検査所見	<input type="checkbox"/> HDS-R: /30点 <input type="checkbox"/> MMSE: /30点 <input type="checkbox"/> CDR(FAST): <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI(VSRADを含む) <input type="checkbox"/> SPECT <<画像所見>> <<神経学的所見>> <<その他>>		
今後の方針	<input type="checkbox"/> このまま貴院にて経過観察(ご加療)して下さい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 確定診断のため、当院にて精査します <input type="checkbox"/> 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・当院でお願いします) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現在の治療で結構です <input type="checkbox"/> 現在の治療から ()へ変更をお願いします <input type="checkbox"/> 現在の治療から ()を追加してください <input type="checkbox"/> 今回新たに ()を開始しています <input type="checkbox"/> 心理教育・服薬指導を行いました		
家族への指導・介入	<input type="checkbox"/> 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。		
その他(特記事項)			