

診療情報提供書(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()	
住所	〒	Key Person (保護者)		続柄	
電話	()	生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦二人 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 施設入所		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 認知症精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療(中核症状・周辺症状・身体合併症) <input type="checkbox"/> その他()				
現在治療中の病名	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> アルコール・薬物関連障害 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> もの忘れ(年前より・ 月前より・ 最近) [HDS-R: 点、MMSE: 点] <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 周辺症状(BPSD)で困っている <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 妄想() <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴・その他) <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害(不眠・昼夜逆転) <input type="checkbox"/> 食欲の低下 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他(特記事項):				
血液検査データ	<input type="checkbox"/> 有(データ添付) <input type="checkbox"/> 無		特記事項:		
返信時の画像希望	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要				
介護保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 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)		