

診療情報提供書（かかりつけ医 認知症疾患医療センター）

依頼先医療機関

平成 年 月 日

名称

紹介元医療機関

所在地

医師

名称

医師

印

患者氏名	殿	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( ) 歳
患者住所		職業	電話
主訴または傷病名			
紹介目的 診断 治療 入院 その他( )			
既往歴及び家族歴 アレルギー歴 無 有( )			
症状経過、検査結果 生活環境 在宅(独居・家族同居) 施設 その他( )			
介護認定 なし あり(要支援12 要介護12345)			
日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
認知症の日常生活自立度 a b a b M			
主たる介護者氏名( ) 配偶者 子供 嫁 孫 その他( )			
ケアマネジャー氏名( ) 事業所名( )			
連絡先 TEL		FAX	
現症(中核症状) 記憶障害 失語 失行 失認 遂行障害			
(周辺症状) 不安 焦燥様興奮 幻覚・妄想 うつ症状 暴力 徘徊 不穏 性的脱抑制			
簡易テスト実施 なし あり(HDS-R 点、 MMSE 点)			
認知症および身体合併症の経過			
画像診断等のレポート添付 無 有			
処方内容(認知症および身体合併症)			
備考			
今後貴院と当院連携の下、共同で患者さんの診療に当たらせていただきたいと思います。その際、貴院への通院間隔、当院での投薬、検査内容・間隔等ご指示ください。			
認知症についても主として当院で診療し、今後は病態変化時にその都度依頼させていただきます。			