

診療情報提供書

紹介先認知症専門医療機関

平成 年 月 日

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	☐ 問題なし	☐ 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	☐ 問題なし	☐ 問題あり	体重減少 () か月で () kg減				
意 欲 低 下	☐ 問題なし	☐ 問題あり	(程度や状況)				
気分の落ち込み	☐ 問題なし	☐ 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)	☐ 幻覚	☐ 妄想	☐ 興奮	☐ 脱抑制	☐ 徘徊	☐ その他 ()	
感 染 症 の 有 無	☐ 無	☐ 有	[MRSA ・ HBS抗原 ・ HCV抗体 ・ 梅毒関連血清 ・ 他 ()]				
MRI の 貸 出 希 望	☐ 希望する	☐ 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。