

# 診療情報提供書

専門医療機関控

医療機関控

(紹介先医療機関名)

初診用  再診用

医療法人 寿鶴会 菅野病院 認知症疾患医療センター

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

紹介元医療機関の所在地

名 称

電話番号

医師氏名

⑩

(フリガナ) 患者氏名		男・女	生年月日	T S H	年 月 日	年齢	歳
住所					自宅	( )	
					携帯	( )	

疾病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 認知症の診断 <input type="checkbox"/> 周辺症状の治療 <input type="checkbox"/> その他		
既往歴および家族歴			
症状経過および検査結果	発症時期	もの忘れを自覚、または周囲が気づいた時期 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	血液検査データ	<input type="checkbox"/> 有(データ添付) <input type="checkbox"/> 無	
治療経過			
現在の処方内容	お薬手帳の写し <input type="checkbox"/> 有		
家族のとらえ方	<input type="checkbox"/> 認知症だと思っている <input type="checkbox"/> 認知症かもしれないと思っている <input type="checkbox"/> 認知症とは思っていない		

## ■中核症状(所見があればレ印を) [OLDから:Observation List for early signs of Dementia]

<input type="checkbox"/> いつも日にちを忘れている	<input type="checkbox"/> 話の文脈をすぐに失う
<input type="checkbox"/> 少し前のことをしばしば忘れる	<input type="checkbox"/> 質問を理解していないことが答えからわかる
<input type="checkbox"/> 最近聞いた話を繰り返すことができない	<input type="checkbox"/> 会話を理解することがかなり困難
<input type="checkbox"/> 同じことを言うことがしばしばある	<input type="checkbox"/> 時間の観念がない
<input type="checkbox"/> いつも同じ話を繰り返す	<input type="checkbox"/> 話のつじつまを合わせようとする
<input type="checkbox"/> 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある	<input type="checkbox"/> 家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族のほうを向くなど)

## ■周辺情報(所見があればレ印を)

<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行
<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行為
<input type="checkbox"/> 性的問題行動				

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。  
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先保険薬局、市町村保健所名等を記入してください。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。