**診療情報提供書**

(紹介先医療機関名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□**初診用**　□**再診用**

医療法人尚寿会　あさひ病院

認知症疾患医療センター

担当医　＊＊　＊＊　先生　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(紹介元医療機関)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男  女 | 生年月日 | M S  SH | 年　　月　　日 | | | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | | | | | 自宅 | ( 　 ) | | |
| 携帯 | ( 　 ) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 疾患名 |  | |
| 紹介目的 | □認知症の診断　□周辺症状の治療　□その他[　　　　　　　　　　　　　　　　] | |
| 既往歴及び  家族歴 |  | |
| 症状及び  治療経過 |  | |
| 検査データ | □有（データ添付）　□無 | |
| 認知機能検査 | □MMSE [　　　点] □HDS-R [　　　点] □未実施 | |
| 現在の処方内容 | お薬手帳の写し　□有 | |
| 介護認定 | □無 □申請中 □支援Ⅰ □支援Ⅱ □介護Ⅰ □介護Ⅱ □介護Ⅲ □介護Ⅳ □介護Ⅴ | |
| 家族の捉え方 | □認知症だと思っている  □認知症かもしれないと思っている  □認知症とは思っていない | もの忘れを自覚、または周囲が気づいた時期  平成　　年　　月　　日ころ |

●行動・心理状態【BPSD】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □幻視・幻聴 | □妄想 | □昼夜逆転 | □暴言 | □暴行 |
| □介護への抵抗 | □徘徊 | □火の不始末 | □不潔行為 | □異食行為 |
| □性的問題行動 | □その他[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | |

　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、必要に応じて、診断画像や検査データを添付してください。