

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

⑩

(フリガナ) 患者氏名	男 女	生年月日	M S S H	年 月 日	年齢	歳
住 所				自 宅	()	
				携 帯	()	

疾 患 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 及 び 家 族 歴		
症 状 及 び 治 療 経 過		
検 査 デ ー タ	<input type="checkbox"/> 有 (データ添付) <input type="checkbox"/> 無	
認 知 機 能 検 査	<input type="checkbox"/> MMSE [] 点] <input type="checkbox"/> HDS-R [] 点] <input type="checkbox"/> 未実施	
現在の処方内容	お薬手帳の写し <input type="checkbox"/> 有	
介 護 認 定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支援Ⅰ <input type="checkbox"/> 支援Ⅱ <input type="checkbox"/> 介護Ⅰ <input type="checkbox"/> 介護Ⅱ <input type="checkbox"/> 介護Ⅲ <input type="checkbox"/> 介護Ⅳ <input type="checkbox"/> 介護Ⅴ	
家 族 の 捉 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	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】

<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	<input type="checkbox"/> 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。