

(かかりつけ医 → 当院 認知症疾患医療センター) 平成 年 月 日

診療情報提供書

医療法人 威恵会
三岳荘 小松崎病院 認知症疾患医療センター

紹介元医療機関

診療科

科

担当医 科 先生

医師名

印

住所

〒308-0005 茨城県筑西市中館69-1

TEL :

TEL : 0296-24-2410 FAX : 0296-24-2420

FAX :

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

I. 紹介目的 <input type="checkbox"/> ご本人・ご家族からの精査希望 <input type="checkbox"/> 認知症の精査・診断 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> BPSD (精神症状・行動異常) の治療 <input type="checkbox"/> 自動車運転 (診断書) <input type="checkbox"/> 介護保険意見書作成 <input type="checkbox"/> 抗認知症薬の導入 <input type="checkbox"/> 今後の治療依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()					
II. 認知症の診断名 <input type="checkbox"/> 診断されていない <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉型認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()					
III. 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					
IV. その他の精神障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 躁・うつ病 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> その他 ()					
V. 身体疾患・合併症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎疾患 (慢性腎不全・透析) <input type="checkbox"/> 肺疾患 () <input type="checkbox"/> 高脂血漿 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 消化器疾患・肝疾患 () <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥・肺炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()					
VI. 周辺症状 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 無為・無関心 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 多幸 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異常行動 (徘徊) <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> うつ・不快 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 易刺激性・不安定性					
VII. 症状・治療経過及び検査結果 (実施済みの場合のみ) <input type="checkbox"/> 長谷川式: 点 (年 月 日実施) <input type="checkbox"/> MMSE: 点 (年 月 日実施) <input type="checkbox"/> その他:					
VIII. 現在内服 <input type="checkbox"/> ドネペジル <input type="checkbox"/> ガランタミン <input type="checkbox"/> リバスチグミン <input type="checkbox"/> メマンチン <input type="checkbox"/> 抑肝散 <input type="checkbox"/> 省略 (お薬手帳、薬局での薬の説明用紙を持参するときは省略可)					
IX. 今後の方針 (確定診断後) ※診断や、本人ご家族の要望により希望に添えない場合もあります <input type="checkbox"/> 認知症薬、向精神薬もかかりつけ医で治療 <input type="checkbox"/> 併診希望 (認知症薬、向精神薬のみ小松崎病院で処方) <input type="checkbox"/> かかりつけ医の処方薬も含め、小松崎病院で治療 <input type="checkbox"/> その他 ()					