

診療情報提供書

かかりつけ医→認知症疾患医療センター

< 初診・再診 >

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

紹介先医療機関

紹介元医療機関

東京医科大学病院 認知症疾患医療センター

高齢診療科 もの忘れ外来 ( \_\_\_\_\_ ) 先生

主治医 : \_\_\_\_\_ 科 印

住所 : 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

フリガナ		性別		明治・大正・昭和・平成
患者氏名		男・女	生年月日	_____年 _____月 _____日 歳
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 / <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		

もの忘れ外来受診経緯について教えてください。(該当する□へ✓、または該当する項目を○で囲み、必要事項を記入してください。)

受診依頼元	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネジャー/介護スタッフ <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
受診目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 身体合併症の治療 <input type="checkbox"/> 行動心理症状の治療 <input type="checkbox"/> 医療相談 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
症状経過	発症時期 (自覚、または周囲が気づいた時期)	下記の症状がみられる、または疑われる場合は□に✓を記入してください。	
	年 _____ 月 _____ 頃より	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 言語症状 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> パーキンソン様症状(振戦、動作緩慢など) <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害	
自由記載	_____		
もの忘れ検査歴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 医療機関名: _____ 時期: _____年 _____月頃 検査内容: <input type="checkbox"/> 神経心理検査(MMSE _____点、HDS-R _____点) <input type="checkbox"/> 頭CT <input type="checkbox"/> 頭MRI 結果: 正常・軽度認知障害・認知症(診断名 _____)・不明・その他( _____ )	
既往合併症	年齢	病名/治療内容	
	_____	_____	
<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> アルコール多飲			

処方歴	現在の処方(すべて確認できる処方箋添付、または、お薬手帳持参があれば、ご記入不要です)
	_____ 他院からの処方(□あり・□なし) 下記薬剤の使用歴があれば□に✓、副作用歴があれば状況を記入してください。(ジェネリック薬品含む。) <input type="checkbox"/> アリセプト・ <input type="checkbox"/> ロレミニール・ <input type="checkbox"/> ロリパスタッチ/イクセロンパッチ・ <input type="checkbox"/> ロメマリー 現在も処方(□あり・□なし) 副作用歴: □なし・□あり (内容 _____)

備考	_____
----	-------

ご記入有難うございました。