

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	☐ 未申請	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 / ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 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	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ かかりつけ医 ☐ 地域包括支援センター ☐ ケアマネジャー/介護スタッフ ☐ その他()		
受診目的	☐ 鑑別診断 ☐ 薬物調整 ☐ 身体合併症の治療 ☐ 行動心理症状の治療 ☐ 医療相談 ☐ 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	☐ もの忘れ ☐ 見当識障害 ☐ 言語症状 ☐ 妄想 ☐ 幻覚 ☐ 興奮 ☐ パーキンソン様症状(振戦、動作緩慢など) ☐ 歩行障害 ☐ 嚥下障害	
	自由記載		
もの忘れ検査歴	☐ ない	☐ ある 医療機関名: 時期: 年 月 頃 検査内容: ☐ 神経心理検査(MMSE 点、HDS-R 点) ☐ 頭CT ☐ 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	
	☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患 ☐ 精神疾患 ☐ 脳血管障害 ☐ 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。) ☐ アリセプト・ ☐ レミニール・ ☐ リバスタッチ/イクセロンパッチ・ ☐ 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。