

診療情報提供書

記入年月日 年 月 日

紹介先医療機関

医療法人社団 共生会 金谷平成クリニック

新井 鐘一 先生

紹介元医療機関

主治医： 科 印

住所： 〒

TEL： FAX：

フリガナ		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成	歳				
患者氏名		男・女		年 月 日					
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中	<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

物忘れ外来受診の経緯について教えてください（該当する□へ✓、必要事項を記入して下さい）

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 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 認知症精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療（中核症状・周辺症状・身体合併症） <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✓を記入して下さい			
	年 月頃より	<input type="checkbox"/> 物忘れ <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 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害			
物忘れ検査歴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 医療機関名： 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	<input type="checkbox"/> 高血圧 <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				
	<input type="checkbox"/> その他（ ）				

処方歴	現在の処方（すべて確認できる処方箋等の添付があればご記入不要です）
	他院からの処方（ <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし）
<p>下記薬剤の使用歴があれば<input type="checkbox"/>に✓、その副作用歴があれば状況を記入して下さい（ジェネリック薬品を含む）</p> <p><input type="checkbox"/>アリセプト・<input type="checkbox"/>レミニール・<input type="checkbox"/>リバスタッチ/イクセロンパッチ・<input type="checkbox"/>メマリー 現在も処方（<input type="checkbox"/>あり・<input type="checkbox"/>なし）</p> <p>副作用歴：<input type="checkbox"/>なし・<input type="checkbox"/>あり（内容 _____）</p>	

血液検査データ	<input type="checkbox"/> 有（データ添付）	<input type="checkbox"/> 無
頭部CT・MRI	<input type="checkbox"/> 有（CDR添付）	<input type="checkbox"/> 無

ご記入有難うございました