**診療情報提供書**

(紹介先医療機関名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□**初診用**　□**再診用**

医療法人新生会 豊後荘病院

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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男  女 | 生年月日 | TSH | 年　　月　　日 | | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | | | | 自宅 | ( 　 ) | | |
| 携帯 | ( 　 ) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断名 | 1. 2）　　　　　　　　　　　3） | |
| 紹介目的 | □認知症の診断　□周辺症状の治療　□その他[　　　　　　　　　　　　　　　　] | |
| 既往歴及び  家族歴 |  | |
| 症状(BPSD)及び  治療経過 |  | |
| 検査データ | □有　□無 [内容　□MRI　　□採血データ　　□その他(　　　　　　　　　　)] | |
| 認知機能検査 | □MMSE [　　　/30点] 　 □HDS-R [　　　/30点] 　□未実施 | |
| 現在の処方内容 | □省略(お薬手帳、薬局など薬の説明用紙を持参するときは省略可) | |
| 介護認定 | □無　 □申請中  □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 | |
| 家族の捉え方 | □認知症だと思っている  □認知症かもしれないと思っている  □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　　日頃 |
| **今後（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）**  □豊後荘病院は終診とし、認知症薬、向精神薬もかかりつけ医で処方したい  □治療等終了後、併診希望（認知症薬、向精神薬のみ豊後荘病院で処方）  □認知症薬、向精神薬、かかりつけ医の処方を含め通院先を豊後荘病院へ変更希望  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |