

診療情報提供書 【かかりつけ医→認知症疾患医療センター】

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介先：医療機関名
産業医科大学病院 認知症センター
(認知症疾患医療センター)

紹介元：医療機関名

主治医： _____ 科 _____ 印

住所： 〒 _____ - _____

※わかる範囲でご記入ください

TEL： _____ FAX： _____

フリガナ			患者ID	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 西暦 _____年 _____月 _____日 _____歳
住所	〒 _____ - _____		TEL	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
生活環境	<input type="checkbox"/> 在宅 同居家族 (_____) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(_____)			

受診目的	<input type="checkbox"/> 認知症鑑別診断 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 療養相談 <input type="checkbox"/> BPSDの治療 <input type="checkbox"/> 身体合併症の治療 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
問題となる症状	

< 既往歴 >	< 診察開始日 >
1) _____	1) <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 西暦 _____年 _____月 _____日
2) _____	2) <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 西暦 _____年 _____月 _____日
3) _____	3) <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 西暦 _____年 _____月 _____日

家族歴	
治療状況	<input type="checkbox"/> 【高血圧】 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 【糖尿病】 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 【脂質異常症】 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 【心臓病】 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 【脳血管障害】 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 【向精神薬の内服】 投薬内容： _____
精神・神経学的所見	<input type="checkbox"/> 構音障害・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 起立・歩行障害 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他(_____)
飲酒・喫煙の習慣	【飲酒の習慣】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【喫煙の習慣】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

< 介護状況 >			
介護保険	<input type="checkbox"/> なし	・ 【要支援】 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	・ 【要介護】 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
介護保険の利用状況	【事業所名】	_____	【相談員氏名】
	【連絡先】	_____	【利用サービス】
介護者又は家族による介護の状況	【介護状況】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 日中のみ見守り対応 <input type="checkbox"/> 夜間のみ見守り対応 <input type="checkbox"/> 常時見守り対応	
	【食事介助】	<input type="checkbox"/> 自立ないし一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
キーパーソン	【氏名】	_____	【続柄】 _____ 【連絡先】 _____
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他(_____)
車運転の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

< 投薬内容 > (お薬手帳の内容のコピー添付可)