

診療情報提供書（かかりつけ医→認知症疾患医療センター）

依頼先医療機関

令和 年 月 日

名称

紹介元医療機関

所在地

医師

名称

医師

印

患者氏名	殿	性別	男・女
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 () 歳
患者住所		職業	電話

主訴または傷病名

紹介目的 診断 治療 入院 その他 ()

既往歴及び家族歴 アレルギー歴 無 有 ()

症状経過、検査結果 生活環境 在宅(独居・家族同居) 施設 その他 ()

介護認定 なし あり(要支援12 要介護12345)

日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症の日常生活自立度 I II a II b III a III b IV M

主たる介護者氏名 () 配偶者 子供 嫁 孫 その他 ()

ケアマネジャー氏名 () 事業所名 ()

連絡先 TEL FAX

現症(中核症状) 記憶障害 失語 失行 失認 遂行障害
 (周辺症状) 不安 焦燥様興奮 幻覚・妄想 うつ症状 暴力 徘徊 不穏 性的脱抑制

簡易テスト実施 なし あり (HDS-R 点、 MMSE 点)

認知症および身体合併症の経過

画像診断等のレポート添付 無 有

処方内容(認知症および身体合併症)

備考

今後貴院と当院連携の下、共同で患者さんの診療に当たらせていただきたいと思います。その際、貴院への通院間隔、当院での投薬、検査内容・間隔等ご指示ください。

認知症についても主として当院で診療し、今後は病態変化時にその都度依頼させていただきます。