

診療情報提供書(認知症医療センター用)

記載日 平成 年 月 日

医療法人 社団豊永会 飯塚記念病院 認知症医療センター 〒820-0014 福岡県飯塚市鶴三緒1452-2 TEL 0948-22-2565 FAX 0948-28-8109
--

医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
医師名	印

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T	年	月	日	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	(歳)			
住所	〒 -	自宅TEL					
		携帯TEL					

紹介目的

<input type="checkbox"/> 鑑別診断	<input type="checkbox"/> 周辺症状への対応	<input type="checkbox"/> 身体合併症への対応	<input type="checkbox"/> 入院治療	<input type="checkbox"/> 外来治療
<input type="checkbox"/> その他 ()				

既往歴

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 ()
<input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 ()		
<input type="checkbox"/> 手術歴 ()	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー ()		
<input type="checkbox"/> その他 ()			

現症(わかる範囲で結構です)

＜中核症状＞	＜周辺症状＞	＜その他＞
<input type="checkbox"/> 記憶障害 (年前より・ ヶ月前より) <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE 点 (年 月頃実施)	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> せん妄
<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 喫煙
<input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 転倒リスク
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行	<input type="checkbox"/> 嚙下障害
	<input type="checkbox"/> 奇声・大声	<input type="checkbox"/> 聴力障害
	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 視覚障害
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	
	<input type="checkbox"/> 不安・焦燥	
	<input type="checkbox"/> 性格変化	
	<input type="checkbox"/> 抑うつ	
	<input type="checkbox"/> 意欲低下	
	<input type="checkbox"/> 食欲低下	
	<input type="checkbox"/> 介護の拒否	

治療経過・介護サービスの利用等

現在の処方

--	--