

診療情報提供書

紹介先認知症専門医療機関

令和 年 月 日

ベルランド総合病院

認知症脳機能センター

先生

医療機関名

住 所

電 話

F A X

医 師 氏 名

印

(フリガナ)		性 別		要介護認定	無 ・ 有	要支援 要介護 []
患者氏名		男・女				
住 所				電話番号		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)					
介護支援 専門員	無 ・ 有 (事業所名と担当者名)					

病 名							
紹介目的							
既 往 歴 および 家 族 歴							
症状や治療経過 および 検査結果や方針							
睡 眠 状 況	☐ 問題なし ☐ 問題あり (入眠困難 ・ 中途覚醒 ・ 早期覚醒 ・ 浅眠)				頻度	毎日 ・ 時々 ・ なし	
食 欲 低 下	☐ 問題なし ☐ 問題あり 体重減少 () か月で () kg減						
意 欲 低 下	☐ 問題なし ☐ 問題あり (程度や状況)						
気分の落ち込み	☐ 問題なし ☐ 問題あり (程度や状況)						
認められる周辺症状 (有のみチェック)	☐ 幻覚 ☐ 妄想 ☐ 興奮 ☐ 脱抑制 ☐ 徘徊 ☐ その他 ()						
精神科通院歴	☐ 有	☐ 無	アルコール依存症 またはその履歴	☐ 有	☐ 無	履歴ありはその期間 ()	
閉所恐怖症	☐ 有	☐ 無	日本語での意思疎通	☐ 可	☐ 不可	不可の場合通訳要付添いの方のご関係 ()	
処方内容					備考		

※最新の血液検査データと実施された脳機能検査や心電図等の諸検査データがあれば添付してください。
※長谷川式等チェックシートがあれば添付してください。