

年 月 日

診療情報提供書

(かかりつけ医師 → 認知症医療センター ・ 物忘れ外来 ・ 認知症専門医)

紹介先医療機関名

担当医

科

殿

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

紹介目的： 認知症の診断 ・ BPSDの治療 ・ 薬物調整 ・ 入院治療 ・ その他
その他を選択時()

患者氏名： 性別： 男 ・ 女 職業：

生年月日： 年 月 日 (歳) TEL：

住所：

患者以外の連絡先

氏名： 続柄： TEL：

症状・治療経過

簡易検査： あり ・ なし ありの場合(HDS-R 点・MMSE 点)

検査実施日： 年 月 日

治療中の疾患： 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 脳血管障害

その他()

介護保険： 未申請 ・ 申請中 ・ 非該当 ・ 要支援(1 ・ 2) ・ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

処方内容

禁忌薬・アレルギー： なし ・ あり ()

備考