紹介状（診療情報提供書）



紹介先医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

古河赤十字病院

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関  の所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師氏名 | 印 |

℡：0280-23-7121（直通）

もの忘れ外来担当医

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | | | | | | 性 別 | 男　・　女 | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 |  | 年 |  | 月 |  | 日生 | 年 齢 |  | 歳 |
| 【紹介目的】  □認知症疑い　　□認知症の増悪　　　□その他 | | | | | | | | | | |
| 【症状経過及び検査結果】  【検査結果】（あれば）  □長谷川式：　　　　　点  （　　　年　　月　　日実施）  □MMSE：　　　 　　　　点  （　　　年　　月　　日実施）  □その他：  【中核症状】  □記憶障害　□失語　□失行　□失認　□実行機能  【神経学的所見】  □構音障害　　□嚥下障害　　□パーキンソン様症状　　□幻覚・幻聴  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 【治療経過】 | | | | | | | | | | |
| 【既往症】 | | | | | | | | | | |
| 【現在の処方】 | | | | | | | | | | |
| 【備考】 | | | | | | | | | | |

１．必要がある場合は、別紙に記載してください。

２．必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。