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 |
| 【病名】　　　　　□　認知症疑い□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【紹介目的】□　介護サービス導入□　抗認知症薬の導入□　BPSD（精神症状・行動の異常）の治療□　その他（　　　　　　　　　　　　　）□　ご本人からの精査希望□　家族からの精査希望□　かかりつけ医からの精査要請□　介護スタッフ（ケアマネ）等の勧め□　症状増悪 |
| 【既往歴】□　高血圧　　　　　□　糖尿病　　　　　　　□　過度の飲酒歴□　脂質異常症　　　□　向精神病薬の内服　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　）□　脳血管障害　　　□　心臓病　　　　　　　 |
| 【症状・治療経過及び検査結果】（実施済みの場合のみ）□長谷川式：　　　　　点（　　　年　　月　　日実施） 　 　　　□MMSE：　　　 　　　　点（　　　年　　月　　日実施）□その他：　　　　　　　　　　　 |
| 【現在の処方】 |
| 【備考】 |