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】 | | | | | | | | | | |