

# 紹介状(診療情報提供書)

紹介先医療機関名

古河赤十字病院

Tel:0280-23-7121(直通)

平成

年

月

日

医療機関  
の所在地

もの忘れ外来担当医 様

名称

電話番号

医師氏名

印

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