平成　　年　　月　　日

診 療 情 報 提 供 書（認 知 症 診 断 連 携 用）

日立梅ヶ丘病院認知症疾患医療センター　　紹介元医療機関名

先　生　　診療科

医師名　　印

住所
TEL　0294-35-2764(直通)
FAX　0294-33-1800
Mail　dementiacenter@umegaoka.or.jp

住所
TEL
FAX
Mail

ふりがな 氏　名		□ 大 正　□ 昭 和 年　月　日生　歳
ｷｰﾊﾟｰｿﾝ 氏　名	続柄	第 1 連絡先

紹介目的　□ 鑑別診断・精査　□ 説明・疾病教育　□ 向精神薬調整
□ 入　院　□ ＢＰＳＤの治療　□ その他

今後(確定診断後)　(診断や、本人ご家族の要望により希望に添えない場合もあります)

□ 治療等終了後、逆紹介希望
（日立梅ヶ丘病院は終診とし､認知症薬、向精神薬も当院で処方したい）
□ 通院先変更希望　□ 併進希望
□ その他(　　)

診 断 名　1)　2)　3)

患者様の情報（合併症・治療経過・介護ｻｰﾋﾞｽ・その他　）

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)［　　］　□ ＭＭＳＥ　点/　年　月　日実施
痴呆性老人の日常生活自立度　［　　］　□ 長谷川式　点/　年　月　日実施

現在内服　□省略(お薬手帳、薬局での薬の説明用紙を持参するときは省略可)

今まで使用した主要な抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬(調整希望の場合)

添付ﾃﾞｰﾀ　□有　□無　[内容　□ MRI　□ 採血ﾃﾞｰﾀ　□その他(　　)]