　令和 　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

診療科

医師名　　　　　　　　　　　印

先生

住所 日立市大久保町2409番地3 　　　　　　 住所

TEL 0294-35-2764(直通) TEL

FAX 0294-33-1800 　 FAX

Mail dementiacenter@umegaoka.or.jp 　 Mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | ☐ 大 正 ☐ 昭 和  ☐ 平 成 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 ☐ 通院先変更希望 ☐ 併進希望  日立梅ヶ丘病院は終診とし、  認知症薬・向精神薬の当院で処方したい  ☐ 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( )]