**診　療　情　報　提　供　書　　（認知症）**

紹介先医療機関：

　　　年　　　月　　　日

紹介元医療機関名

医療機関住所

医師氏名

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　・　女  生年月日　大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳）　職業  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |

|  |
| --- |
| 傷病名： |
| 紹介目的：  □初期診断　　□鑑別診断後の治療　　□ＢＰＳＤ対応　　□入院治療　　□サービス利用に伴う受診　　□診断書等作成　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴および家族歴： |
| 症状経過および検査結果等：  HDS-R：　　／30（　　　年　　月）・その他の神経心理検査： |
| 処方： |
| 備考： |

**患者の状態**　　※当てはまる項目に☑チェックしてください（②～④はわかる範囲でけっこうです）

|  |  |
| --- | --- |
| ①症状  困っているのは□本人  □家族  □支援者  ※本人受診意向  □あり  □消極的  □拒否的 | 今回の症状はいつ頃から　**→**　　　　　　　年　　　　月頃～  □記憶障害（自覚：□あり　□なし）　　□認知機能の急激な低下 |
| □せん妄　　□幻視・幻聴等の幻覚　　□妄想（　　　　　　　　　　　　）  □暴言・暴力（特定の対象：□あり　□なし）　　□易怒性　　□不眠  □収集癖　　□こだわりのある行動　　□危険を伴う頻繁な外出（徘徊） |
| □意欲低下　　□食欲低下　　□過食・異食　　□脱水傾向　　□尿・便失禁  □手足の震え　　□ふらつき　　□歩行困難 |
| □家事困難　　□金銭管理困難　　□服薬管理困難　　□介護拒否（□本人　□家族）　　□介護者の理解が乏しい  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ②世帯状況 | □独居　　□高齢者世帯　　□（　　　　）人家族　　□2世帯住宅 |
| ③家族との関係 | □良好　　　□不仲　　　□協力的　　　□非協力的　　　□近くに居住 |
| ④介護保険等利用 | □あり　サービス内容（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□なし  ケアマネジャー： |