

診療情報提供書(認知症診断連携用)

平成 年 月 日

見立病院
福岡県認知症医療センター

紹介元医療機関名

住所

TEL

FAX

医師名

(診療科

印

科)

殿
〒826-0041 福岡県田川市大字弓削田3237
TEL : 0947-46-2164
FAX : 0947-46-2166

フリガナ			M・T・S	年	月	日
患者氏名	※FAX送信時はイニシャルで記入 (男・女)					(才)
住 所	〒	—	自宅電話	()		
			携帯電話	()		

紹介目的 (あてはまるものにチェックをしてください)

鑑別診断 周辺症状への対応 内科的合併症への対応 入院治療 外来治療
その他 (薬物療法への助言など)

治療経過 ・ 介護サービスの利用 ・ その他	現在の処方
MMSE・改訂長谷川式(点/30点) (年 月 日実施)	

既往歴

高血圧症(有/無)	糖尿病(有/無)	脳血管障害(有<病名: >/無)
心臓疾患(有<病名: >/無)	呼吸器疾患(有<病名: >/無)	
内臓系疾患(有<病名: >/無)	その他()	

OLD簡略版 (初回のみ記入してください)

ある	ない	①いつも日にちを忘れている
ある	ない	②少し前のことをしばしば忘れる/最近聞いた話を繰り返すことができない
ある	ない	③同じことを言うことがしばしばある/いつも同じ話を繰り返す
ある	ない	④特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある/話の文脈をしばしば失う
ある	ない	⑤質問を理解していないことが答えからわかる/会話を理解することがかなり困難
ある	ない	⑥時間の観念がない
ある	ない	⑦話のつじつまを合わせようとする
ある	ない	⑧家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族の方を向くなど)

認知症の周辺症状

該当する項目すべてチェック : 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む

無 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴力 徘徊 不潔行為
異食行動 健忘 せん妄 見当識障害 失禁 不眠 意欲低下
その他 ()

その他 精神・神経症状 無 有 (症状名:)
(有の場合) 専門医受診 無 有 (診療科:)
添付データ 無 有 内容 ()