

# 【診療情報提供書】

記載日：令和 年 月 日

紹介先医療機関：西脇市立西脇病院 認知症疾患医療センター		紹介元医療機関：	
診療科：		診療科：	
医師氏名：		医師氏名：	
		住 所：	
		TEL：	
		FAX：	
フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所		電 話	( )
紹介目的 治療経過	(診療経過で治療・服薬コンプライアンスの悪化や生活障害などに気づかれた事や、気になること等、また診療含めお困りのこと等あれば合わせて御教示下さい。) ※改行は「Altキー + Enterキー」		
処 方	(現在の処方のほか、抗コリン作用をもつ フェノチアジン系抗精神薬、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、三環系抗うつ薬はじめ H2ブロッカー、抗パーキンソン病薬、抗てんかん薬、抗アレルギー薬、ジギタリス、β遮断薬、ステロイド剤など使用歴あれば記載してください) ※改行は「Altキー + Enterキー」		
以下の項目で当てはまる所にチェックをお願いします。			
①本人に自覚がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	②家族(介護者)は認知症と考えている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③日にちを間違えることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	④同じことを何度も聞く	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤道を間違えることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑥整容・更衣に支障がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦入浴・トイレ行為に支障がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑧徘徊・昼夜逆転など問題行動	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨幻覚がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑩妄想がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪歩行障害がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑫反社会的行動がみられる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

診察予約頂いた後、受診日前に Faxまたは郵送頂くようにお願いします。

西脇病院 認知症疾患医療センター Tel:0795-25-2006(直通)

Fax:0795-25-2008