

診療情報提供書（認知症診断連携用）

佐藤病院認知症疾患医療センター
先生

紹介元医療機関名
診療科
医師名
印

住所 栃木県矢板市土屋18
TEL 代表)0287-43-0758
直通)0287-43-1150
FAX 0287-43-4570

住所
TEL
FAX
Mail

ふりがな	生年月日	性別
氏名	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名(キーパーソン)	続柄	連絡先
紹介目的 <input type="checkbox"/> 鑑別診断・精査 <input type="checkbox"/> 説明・疾病教育 <input type="checkbox"/> 向精神薬調整 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> BPSDの治療 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 治療等終了後、逆紹介希望(佐藤病院は終診し、認知症薬、向精神薬も当院で処方したい) <input type="checkbox"/> 通院先変更希望 <input type="checkbox"/> 併診希望 <input type="checkbox"/> その他()		
診断名 ○をつけてください。 アルツハイマー型認知症の疑い ・ 脳血管型認知症の疑い ・ その他の認知症の疑い 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 不整脈 ・ 脳梗塞後遺症 パーキンソン病 ・ 甲状腺機能異常 ・ 鉄欠乏性貧血 ・ アルコール依存(疑い) その他()		
患者様の情報(合併症・治療経過・介護サービス・その他)		
障害高齢者の日常生活自立度 【 】	<input type="checkbox"/> MMSE	点 / 年 月 日実施
認知症高齢者の日常生活自立度 【 】	<input type="checkbox"/> 長谷川式	点 / 年 月 日実施
現在内服 <input type="checkbox"/> 省略 (お薬手帳、薬局での薬の説明用紙を持参する時は省略可) 抗認知症治療薬使用の有無に○をつけて下さい (アリセプト・レミニール・リバスタッチ・イクセロンパッチ・メモリー)		
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)		
添付データ 有・無 [内容 : <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 採血データ <input type="checkbox"/> その他()]		

※ 認知症の疑いでの紹介は、診療情報提供書料(250点)に認知症専門医療機関紹介加算(100点)の算定可能

※ 認知症の増悪(BPSD症状等)での紹介は、診療情報提供書料(250点)に認知症専門医療機関紹介加算(50点)の算定可能