

※ ご記入はお分かりになる範囲で結構です。

平成 年 月 日

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

紹介元医療機関名

診療科

先生

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 0287-43-4571

住所
TEL
FAX
Mail

ふりがな	生 年 月 日		性 別
氏 名	<input type="checkbox"/> 大正 年 月	<input type="checkbox"/> 昭和 日 生 歳	<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 ・ メマリー) 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 : 画像データ 採血データ 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