

診療情報提供書 (認知症医療センター用)

令和 年 月 日

医療法人福翠会 高山病院

医療機関名

福岡県認知症医療センター

診療科

科

担当医

先生

医師名

印

〒8202-0007 福岡県直方市下境3910番地50

電話

TEL 0949-22-3611 FAX 0949-24-0838

F A X

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和	
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平成	(歳)
住所	〒	—	自宅電話	
			携帯電話	
			その他	

I 紹介目的				
<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族からの検査希望	<input type="checkbox"/> 認知症の精査・診断	<input type="checkbox"/> 入院希望		
<input type="checkbox"/> BPSD (精神症状・行動異常) の治療	<input type="checkbox"/> 自動車運転 (診断書)	<input type="checkbox"/> 介護保険意見書作成		
<input type="checkbox"/> 今後の治療依頼	<input type="checkbox"/> その他 ()			
II 認知症の診断名				
<input type="checkbox"/> 診断されていない	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症	<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症	
<input type="checkbox"/> レビー小体型認知症	<input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症	<input type="checkbox"/> その他 ()		
III 身体疾患の既往				
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 ()	
<input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 ()			
<input type="checkbox"/> 整形外科疾患 ()	<input type="checkbox"/> 手術歴 ()			
<input type="checkbox"/> 頭部外傷	<input type="checkbox"/> その他 ()			
IV 精神疾患の既往				
<input type="checkbox"/> 統合失調症	<input type="checkbox"/> 躁うつ病	<input type="checkbox"/> うつ病	<input type="checkbox"/> 神経症	<input type="checkbox"/> アルコール依存症
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> その他 ()			
V 周辺症状				
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 火の不始末			
<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> 抑うつ	<input type="checkbox"/> 不安
<input type="checkbox"/> 易怒・興奮	<input type="checkbox"/> 大声・奇声			
<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> その他 ()			
VI 症状・治療経過など				
長谷川式 点 (年 月 日 実施) MMSE 点 (年 月 日 実施) <input type="checkbox"/> 未実施				
VII 処方				
VIII 今後の治療についてのご希望 (※病状や状況によってはご希望に添えない場合もあります)				
<input type="checkbox"/> 抗認知症薬、向精神薬の処方を含め、かかりつけ医で治療				
<input type="checkbox"/> 併診希望 (抗認知症薬、向精神薬のみ高山病院で処方)				
<input type="checkbox"/> 症状が安定するまでは高山病院で治療				
<input type="checkbox"/> かかりつけ医の処方薬も含め、高山病院で治療				