

認知症連携パス 診療情報提供書 (依頼用)

紹介先 医療機関名 _____ 年 月 日

紹介元 医療機関名

住所

TEL

FAX

_____科 _____先生

医師名 _____ 印

初回 病状変化 再評価依頼

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	年 月 日 (
患者氏名				
住所		TEL	自宅:	
			携帯:	

【紹介の主旨】

- ご本人から精査希望 家族からの精査希望
 かかりつけ医からの精査希望 再評価依頼
 その他 (_____)

【当事者が最も困っていること】

1) 本人

2) 家族・介護者

【既往歴・治療状況】

- 高血圧 (治療中、未治療) 糖尿病 (治療中、未治療)
 脂質異常症 (治療中、未治療) 心臓病 (治療中、未治療)
 脳血管障害 (治療中、未治療) 過度の飲酒歴
 向精神薬の内服 (あり: 薬剤名 _____)
 その他 (_____): 治療中、未治療)

□介護に抵抗・暴言・暴力



□徘徊



□不眠・昼夜逆転



□その他

入浴の状況・・・・・・・・〔 〕

衣服の着脱・・・・・・・・〔 〕

財布(金銭)の管理・・〔 〕

冷蔵庫の管理・・・・・・・・〔 〕