**認知症患者のための診療情報提供書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御侍史

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　平素は格別のご高配を賜り誠に有難うございます。

　**患者　　　　　　　　　　様**を紹介させて頂きます。

　ご多忙中恐れ入りますが、ご高診お願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 　**患者情報**　　 |
| **住所** | **性別** | **生年月日** | **年齢** | **電話番号** |
|  |  |  | 歳 |  |

　**●紹介目的**

□　鑑別診断　　□　画像検査の依頼　　□　投薬内容の相談

□　認知症周辺症状（BPSD）の対応　　□　認知症治療の依頼

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

紹介目的詳細

◎　逆紹介を希望　□　あり　　□　なし

　**●既往歴**

**●症状経過**

　　・症状は、約（　　　　　　）前から認められます。

　　・具体的な症状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **①陽性症状** | **②陰性症状** | **③パーキソニズム** |
| □ 大声　暴力　怒り | □ 食欲低下 | □ 体幹傾斜 |
| □ 介護抵抗　入浴拒否 | □ あまり動かない | □ 易転倒性 |
| □ 帰宅願望　外出企図 | □ 昼寝　傾眠 | □ 小刻み歩行 |
| □ 不眠 | □ 無表情 | □ 嚥下不良　むせる |
| □ 徘徊 | □ 発語低下 |  □ 突進　振戦 |
| □ 妄想　幻覚　独語 | □ うつ状態 |  |
| □ 神経質 |  |
| □ 盗み　大食　盗食 |

・現在の処方

　**●心理検査（認知症鑑別用）**

□　実施（検査結果のコピーの添付をお願いします。）　□　未実施

□　HDS-R（長谷川式簡易知能スケール）

□　MMSE（Mini-Mental State Examination）

　**●血液検査**

□　実施（検査結果のコピーの添付をお願いします。）　□　未実施

□　一般的な血液検査（CBC・生化学・血糖など）

□　甲状腺機能（TSH・FT4）　　　□　ビタミンB1・B12、葉酸

　**●画像診断**

□　実施（フィルム・CDの持参をお願いします。）　□　未実施

那賀圏域医療と介護の連携推進協議会　認知症部会Vol.１（平成28年12月）