|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

診 療 情 報 提 供 書

医療法人　愛命会　泉原病院

認知症疾患医療センター　担当医　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師名 |  | ㊞ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | [ ] 男・[ ] 女 | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 既往歴 |  |
| 症状経過・検査結果等 |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 睡眠状況 | [ ] 問題なし[ ] 問題あり |  |
| （[ ] 入眠困難 [ ] 中途覚醒 [ ] 早朝覚醒 [ ] 浅眠）頻度（[ ] 毎日 [ ] 時々） |
| 食欲低下 | [ ] 問題なし | [ ] 問題あり | 体重減少（ |  | ）ヶ月で（ |  | ）kg減 |
| 意欲低下 | [ ] 問題なし | [ ] 問題あり | ・程度や状況（ |  | ） |
| 気分の落込み | [ ] 問題なし | [ ] 問題あり | ・程度や状況（ |  | ） |
| 周辺症状 | [ ] 幻覚　[ ] 妄想　[ ] 興奮　[ ] 脱抑制　[ ] 徘徊　[ ] 他（ |  | ） |

 |
| 現在の処方 |  |
| 備考 |  |
|

|  |
| --- |
| ※要介護認定の状況（わかる範囲でご記入ください） |
| [ ] 無・[ ] 有 ([ ] 要支援1 [ ] 要支援2 [ ] 要介護1 [ ] 要介護2 [ ] 要介護3 [ ] 要介護4 [ ] 要介護5) |
| ※有の場合　介護支援専門員　[ ] 無 [ ] 有（事業所 |  | 担当者 |  | ） |

 |