|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  | ） | |