

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

印

|                |   |   |  |      |       |
|----------------|---|---|--|------|-------|
| フリガナ<br>氏名     |   | 性別  | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所             |   |   |  |      |       |
| 病名             |   |   |  |      |       |
| 紹介目的           |   |   |  |      |       |
| 既往歴            |   |   |  |      |       |
| 症状経過・<br>検査結果等 |   |   |  |      |       |
|                | 睡眠状況  | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり ( <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 浅眠 ) 頻度 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 ) |  |      |       |
|                | 食欲低下  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 体重減少 ( ) ヶ月で ( ) kg 減   |  |      |       |
|                | 意欲低下  | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・程度や状況 ( )  |  |      |       |
|                | 気分の落ち込み   | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・程度や状況 ( )  |  |      |       |
|                | 周辺症状  | <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 他 ( )   |  |      |       |
|                | 現在の処方   |   |  |      |       |
| 備考             | <p>※要介護認定の状況 (わかる範囲でご記入ください)</p> <p><input type="checkbox"/>無・<input type="checkbox"/>有 ( <input type="checkbox"/>要支援 1 <input type="checkbox"/>要支援 2 <input type="checkbox"/>要介護 1 <input type="checkbox"/>要介護 2 <input type="checkbox"/>要介護 3 <input type="checkbox"/>要介護 4 <input type="checkbox"/>要介護 5 )</p> <p>※有の場合 介護支援専門員 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (事業所 担当者 )</p> |   |  |      |       |