（かかりつけ医→専門医）

診 療 情 報 提 供 書

平成　　年　　月　　日

紹介先認知症専門医療機関
医療機関名
科　　殿

医療機関名
住　　所
電話(FAX)
医 師 氏 名　　㊞

患者	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明・大・昭　年　月　日生（　歳）		
	氏　名						
	住　所				電話番号		
	要介護認定	無・有	要支援・要介護〔　〕				
	介護支援専門員	無・有	（業所名）　（担当者名）				
	ご家族の連絡先	氏　名		続柄		電話番号	

病　　名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状や治療経過及び検査結果や方針	
睡眠状況	□ 問題なし　□ 問題あり（入眠困難・中途覚醒・早期覚醒・浅眠）　頻度　毎日・時々・なし
食欲低下	□ 問題なし　□ 問題あり　体重減少（　）か月で（　）kg減
意欲低下	□ 問題なし　□ 問題あり　（ 程度や状況 ）
気分の落ち込み	□ 問題なし　□ 問題あり　（ 程度や状況 ）
認められる周辺症状（有のみ Ⓨ）	□ 幻覚　□ 妄想　□ 興奮　□ 脱抑制　□ 徘徊　□その他（　）
感染症の有無	□ 無　□ 有　〔感染症　〕
画像情報の提供	□ 希望する　□ 希望しない　（ フィルム ・ CD ）

処方内容	備　考

※最新の**血液検査データ**と実施された**脳機能検査**や**心電図等の諸検査データがあれば**添付してください。
※**生活支援アンケート**および**集計表**があれば添付してください。