

# 認知症病診連携情報提供書

紹介先 認知症疾患医療センター  
医療機関名: (医)藤和会 厚木佐藤病院  
診療科: 精神・神経科  
担当医:

紹介元  
医療機関名:  
所在地: 〒  
電話・FAX:  
担当医:

|                   |   |   |      |   |      |    |  |
|-------------------|---|---|------|---|------|----|--|
| 患者番号              |   |   | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |      |    |  |
| 患者氏名              |   |   | 生年月日 | 年 月 日   | ( )歳 | 職業 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: |
| 住所                | 〒   |   |      |   |      |    |  |
| 電話番号              |   |   |      |   |      |    |  |
| 診断名               |   |   |      |   |      |    |  |
| 紹介目的              | <input type="checkbox"/> 認知症精査 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> その他:  |   |      |   |      |    |  |
| 症状の<br>進行時期<br>状況 | 症状が出始めたのは 年 月 日頃<br><input type="checkbox"/> 突発的・急激に発症 → 身体的精査を実施して下さい。 <input type="checkbox"/> 精査したが異常なし。<br><input type="checkbox"/> 徐々に出現   |   |      |   |      |    |  |
|                   | 物忘れの<br>状況  | どのような物忘れか具体的に記載して下さい。<br>例) 物の置き場所を忘れる。 同じ出来事を繰り返し何度も話す。  |      |   |      |    |  |
| 意識障害              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未確認 有りの場合 → 身体的精査を実施して下さい。<br><input type="checkbox"/> 精査したが異常がなかった。<br>どのような症状か具体的に記載してください。 例) 注意力散漫 ボーットとしている 動揺性の症状 幻視   |   |      |   |      |    |  |
| パーキンソンニズム         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未確認<br>有りの場合: <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 無動 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 姿勢反射障害  |   |      |   |      |    |  |
| BPSD<br>症状        | 妄想 : <input type="checkbox"/> 嫉妬妄想 <input type="checkbox"/> もの盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 貧困妄想 <input type="checkbox"/> その他<br>具体的に:<br>幻覚 : <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> その他<br>具体的に:<br>異常行動 : <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他<br>具体的に:<br><input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 多幸 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 易怒性<br><input type="checkbox"/> その他 |   |      |   |      |    |  |
| 血液データ             | ビタミンB1/B12  | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 → 治療後の結果: <input type="checkbox"/> 改善・ <input type="checkbox"/> 治療中 |      |   |      |    |  |
|                   | 甲状腺機能   | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 → 治療後の結果: <input type="checkbox"/> 改善・ <input type="checkbox"/> 治療中 |      |   |      |    |  |
|                   | その他の異常値:  |   |      |   |      |    |  |
| 画像診断              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | <input type="checkbox"/> CT 所見<br><input type="checkbox"/> MRI所見  |      |   |      |    |  |
| 現病歴・既往歴           |   |   |      |   |      |    |  |
| 現在の処方             |   |   |      |   |      |    |  |
| 備考                |   |   |      |   |      |    |  |