

## はちのへ認知症疾患医療センター情報提供書

年 月 日

ご紹介元医療機関名		電 話	
ご担当医師氏名		F A X	
ご紹介元医療機関所在地	〒 -		
フリガナ		生 年	□明治・□大正・□昭和
患者氏名	(□男・□女)	月 日	年 月 日 ( 歳)
現 住 所	〒 -		
連 絡 先		主たる援助者	( )
		※( )に本人との 続柄を記載	( )
			( )
生活状況			
紹介目的	□鑑別診断 □専門治療 □その他 ( )		
診 断 名			
貴院での 治療経過 及び 処方内容			
現 在 の 認知症症状	●中核症状		
	□記憶障害 □見当識障害 □理解・判断能力の低下 □実行能力障害		
☑にチェッ クをお願い 致します	●周辺症状		
	□幻視・幻聴 □妄想 □睡眠障害 □暴言・暴行		
	□介護への抵抗 □徘徊 □火の不始末 □不潔行為		
	□抑うつ状態 □依存傾向 □性的問題行動 □異食		
	□その他( )		