

診療情報提供書(認知症紹介用)

紹介先医療機関名 紹介元医療機関名
 医療法人社団有朋会 栗田病院 住所
 もの忘れ初診外来 担当 先生 TEL/FAX
 医師名 印

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	M T S	年	月 日
住所			電話番号		

【紹介目的】

- 認知症の鑑別診断 周辺症状の治療
 その他()

【認知症地域連携パスの使用】

- 希望する 希望しない

【治療経過】	【既往症】
	【現在の処方】

【神経学的所見 ※どちらかにを☑をつけてください】

<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	① 構音障害・嚥下障害
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	② パーキンソン様症状 (振戦 ・ 動作緩慢 ・ 歩行障害)
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	③ その他 ()

【中核症状(OLD) ※どちらかにを☑をつけてください】

<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	① いつも日にちを忘れている	記憶 忘れっぽさ
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	② 少し前のことをしばしば忘れる	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	③ 最近聞いた話を繰り返すことができない	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	④ 同じことを言うことがしばしばある	会話内容の 繰り返し
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑤ いつも同じ話を繰り返す	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑥ 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある	会話の組み 立て能力と 文脈理解
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑦ 話の文脈をすぐに失う	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑧ 質問を理解していないことが答えからわかる	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑨ 会話を理解することがかなり困難	見当識障害 作話 依存など
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑩ 時間の観念がない	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑪ 話のつじつまを合わせようとする	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑫ 家族に依存する様子がある(本人に質問すると家族の方を向く等)	

【周辺症状 ※該当するものがあれば☑をつけてください】

- 幻覚・幻聴 妄想 不安・焦燥 徘徊 暴言・暴力
 異食・過食 性的問題行動 昼夜逆転 抑うつ 不潔行為
 その他()

【患者様本人の捉え方】

- 認知症だと思っている
 認知症だと思っていない
 不明

【ご家族の捉え方】

- 認知症だと思っている
 認知症だと思っていない
 不明

※添付データ 無 有()