

# 横手興生病院 秋田県認知症疾患医療センター 情報提供書

平成 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	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和
患者氏名	( <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 専門治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
診 断 名			
貴院での治療経過及び処方内容			
現 在 の 認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 中核症状 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解・判断能力の低下 <input type="checkbox"/> 実行能力障害		
	<input checked="" type="checkbox"/> 周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 依存傾向 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他( )		