

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター 認知症疾患医療センター  
 診療情報提供書( 初回・再診依頼用 ) 【かかりつけ医→認知症疾患医療センター】

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

紹介先 : 医療機関名 \_\_\_\_\_

紹介元 : 医療機関名 \_\_\_\_\_

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター  
 認知症疾患医療センター

メンタルクリニック \_\_\_\_\_

主治医 : \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 : 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

フリガナ		患者ID	
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 歳 年 月 日
住所	〒 _____ - _____	T E L	自宅 携帯
生活環境	<input type="checkbox"/> 在宅 同居家族( _____ ) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		

今回の受診依頼先	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他( _____ )
受診目的	<input type="checkbox"/> 認知症鑑別診断 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> BPSDの治療 <input type="checkbox"/> 身体合併症の治療 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
問題となる症状	

<既往歴>

<診察開始日>

1)	1) <input type="checkbox"/> 昭 ・ <input type="checkbox"/> 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
2)	2) <input type="checkbox"/> 昭 ・ <input type="checkbox"/> 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
3)	3) <input type="checkbox"/> 昭 ・ <input type="checkbox"/> 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

家族歴	
治療状況	<input type="checkbox"/> 【高血圧】 : ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 ) <input type="checkbox"/> 【糖尿病】 : ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 ) <input type="checkbox"/> 【脂質異常症】 : ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 ) <input type="checkbox"/> 【心臓病】 : ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 ) <input type="checkbox"/> 【脳血管障害】 : ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 ) <input type="checkbox"/> 【向精神薬の内服】 : 投薬内容 _____
精神・神経学的所見	<input type="checkbox"/> 構音障害・嚥下障害 <input type="checkbox"/> パーキンソン様症状(振戦、動作緩慢、歩行障害) <input type="checkbox"/> 幻覚 : ( <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )
飲酒・喫煙の習慣	【飲酒の習慣】 : ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )    【喫煙の習慣】 : ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )

寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

<介護状況>

介護保険	<input type="checkbox"/> なし    【要支援】 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    ・    【要介護】 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
介護保険の利用状況	【事業所名】 : ( _____ )    【相談員氏名】 : ( _____ ) 【連絡先】 : ( _____ )    【利用サービス】 : ( _____ )
介護者又は家族による介護の状況	【介護状況】 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 日中のみ見守り対応 <input type="checkbox"/> 夜間のみ見守り対応 <input type="checkbox"/> 常時見守り対応 【食事介助】 : <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 前面介助
キーパーソン	【氏名】 : ( _____ )    【続柄】 : ( _____ )    【連絡先】 : ( _____ )
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
後見人の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

<投薬内容>(お薬手帳の内容のコピー添付可)

--

抗認知症薬が必要になった場合・導入依頼の有無 (  依頼する    ・     依頼しない )  
 CDなどの画像情報添付の有無