

診療情報提供書（認知症診断連携用）

日立梅ヶ丘病院認知症疾患医療センター  
先生

紹介元医療機関名  
診療科

医師名 印

住所 日立市大久保町 2409 番地 3  
TEL 0294-35-2764(直通)  
FAX 0294-33-1800  
Mail dementia-center@umegaoka.or.jp

住所  
TEL  
FAX  
Mail

ふりがな氏名		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 歳
キーパーソン氏名	続柄	第 1 連絡先

紹介目的  鑑別診断・精査  説明・疾病教育  向精神薬調整  
 入院  BPSDの治療  その他

今後（確定診断後）（診断や、本人ご家族の要望により希望に添えない場合があります）

治療等終了後、逆紹介希望  通院先変更希望  併進希望  
 その他（  
 日立梅ヶ丘病院は終診とし、  
 認知症薬・向精神薬の当院で処方したい  
 ）

診断名 1) 2) 3)

患者様の情報（合併症・治療経過・介護サービス・その他）

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) [ ]  MMSE 点/ 年 月 日実施  
 痴呆性老人の日常生活自立度 [ ]  長谷川式 点/ 年 月 日実施

現在内服   省略(お薬手帳、薬局での薬の説明用紙を持参するときは省略可)

今まで使用した主要な抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬（調整希望の場合）

添付データ  有  無 [内容  MRI  採血データ  その他( )]