

大崎市民病院認知症画像診断 FAX予約申込書 兼 紹介状

FAX番号0229-24-3005

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間：平日 午前8:30～午後5:00（土・日・祝祭日・年末年始を除く）

※診察にあたっては日常生活における患者の状態を把握しているご家族の方の同伴が必ず必要です。

予約申込 (A) 欄

受診希望日 ※当日不可	第1希望： 月 日	貴院の名称	
	第2希望： 月 日	所在地	
	<input type="checkbox"/> いつでも可	TEL	
紹介診療科	認知症センター		FAX
医師名	担当医 先生		医師名 科 ⑧
患者氏名	(ふりがな)		市民病院 受診歴 (分院・診療所を含む)
	様 (旧姓) ()		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID)
性別	男・女	年齢	才
生年月日	(M・T・S・H・R) 年 月 日	電話	自宅 携帯
住所	〒		
家族の連絡先	氏名	患者との関係	(同居・非同居)
	住所	電話番号	
紹介動機	<input type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 地域包括等の依頼		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断		
現在の症状	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> アルコール乱用・依存 <input type="checkbox"/> その他 () 発症時期 年 月頃から		
疑い病名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> アルコール性認知症 <input type="checkbox"/> 正常圧水頭症 <input type="checkbox"/> 不明		
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) 社会資源の利用(あり・なし)		
検査・心理テスト	<input type="checkbox"/> 別添の検査結果一覧表参照(血液検査データ、認知機能検査回答内容など) <input type="checkbox"/> 改訂版長谷川式簡易認知症評価スケール(HDS-R) _____点 ※20点以下とは限定しません <input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) _____点 ※23点以下とは限定しません		
連絡事項	<input type="checkbox"/> 受診への本人の抵抗(あり・なし) <input type="checkbox"/> 認知症薬の投与歴あり(薬剤名) <input type="checkbox"/> お薬手帳の持参 <input type="checkbox"/> 別紙「認知症外来を受診される方へ(DASCシート)」を記入し持参 <input type="checkbox"/> その他 ()		

診療情報提供 (B) 欄 ※貴院の診療情報提供書(紹介状)の書式で作成し添付する場合省略可

※ ①既往歴及び家族歴 ②症状経過 ③検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方

・この用紙を(B)欄まで記載した場合は、診療情報提供書(紹介状)として扱えます。

・診療情報提供書(紹介状)の原本は患者に交付し予約日に持参するようお願いいたします。