

# もの忘れ外来専用 診療情報提供書

初回 2回目以降(前回) 医師

(かかりつけ医 → 認知症疾患医療センター)

記載日 20年 〇月 〇〇日

紹介先: 六甲アイランド甲南病院 認知症疾患医療センター		紹介元医療機関: ○○医院		記入例	
診療科: もの忘れ外来		診療科: 内科			
担当氏名: <u>小倉 純</u> 先生		医師氏名: 東灘 一郎			
住所: 〒658-0032 東灘区向洋町中2丁目11		住所: 東灘区○○町1-2-3			
Tel/Fax: Tel:078-857-8720 Fax:078-854-4139		Tel: 078-〇〇〇-〇〇〇〇 Fax: 078-〇〇〇-〇〇〇〇			
本人	ふりがな	ろっこう たろう	<input checked="" type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S 10年 1月 1日 (80)歳
	氏名	六甲 太郎 様	<input type="checkbox"/> 女	住所	東灘区△△町3-4-5-607
	連絡先	078 [ △△△ ] △△△△		生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/&gt;(長女)と同居 &lt;input type="/> 施設入所等
家族	ふりがな	ろっこう あいこ	<input type="checkbox"/> 男	本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他( )
	氏名	六甲 愛子 様	<input checked="" type="checkbox"/> 女	連絡先	090 [ △△△ ] △△△△
紹介動機	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input checked="" type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 専門職の依頼 <input type="checkbox"/> その他( )				
紹介目的	<input checked="" type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> BPSDコントロール <input type="checkbox"/> 精神科病院等の入院 <input type="checkbox"/> 鑑別診断後の病状増悪 <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;( )年後再診 &lt;input type="/> その他( )				
現在の症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 詐欺被害 <input type="checkbox"/> BPSD( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( H2△年 大腿骨頸部骨折にて入院 )				
合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> その他( )				
既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 精神疾患( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
現病歴 治療経過	10年前に脳梗塞の既往あります。 昨年骨折にて△△病院へ入院し、スタッフよりもの忘れを指摘されていた。退院後、もの忘れの程度が強くなっているとご家族が心配され、精査を希望されている。当院でのMMSEは24点と見当識障害がみられます。ご高診よろしくお願ひ申し上げます。		処方内容	ディオバン錠 (△△mg) 分1 朝食後 1錠 タケプロンOD錠△△mg 分1 朝食後 1錠	
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 )				
介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( 訪問系 _____ [週 回] 通所系 <u>デイサービス</u> [週 1 回] ) 他 ( _____ [週 回] )				

当センターは鑑別診断を基本に診療しております。診断後に抗認知症薬の調整を希望されるか、チェックして下さい。

抗認知症薬の調整を希望する   
抗認知症薬の調整を希望しない

認知症疾患医療センターへ初回紹介… 認知症専門医紹介加算(100点)適応  
確定診断後のフォロー… 認知症療養指導料 月1回 6ヶ月間(350点)適応  
認知症疾患医療センターへ2回目以降紹介(症状増悪時)… 認知症専門医療機関連携加算(50点) 適応  
※ 転医される場合は、紹介先へ各検査データ等の添付をお願いいたします。

神戸市東部認知症連携協議会

\* 鑑別診断にて認知症の診断が下った患者の選択肢 \*

- ①抗認知症薬を認知症疾患医療センターで調整し、症状安定後に逆紹介してほしい。(希望するに"レ点"を入れる)
- ②診断後の抗認知症薬等の調整は、かかりつけ医にて行います。(希望しないに"レ点"を入れる)