

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 年 月 日

紹介先：甲南医療センター 認知症疾患医療センター				紹介元医療機関：				
診療科：もの忘れ外来				診療科：				
担当氏名：先生				医師氏名：				
住所：〒658-0064神戸市東灘区鴨子ヶ原1丁目5-16				住所：				
Tel/Fax: Tel:078-857-8720 Fax:078-854-4139				Tel: Fax:				
本人	ふりがな		☐ 男	生年月日	☐ T ☐ S	年	月	日 () 歳
	氏名	様	☐ 女	住所				
	連絡先	[]		生活状況	☐ 独居 ☐ () と同居 ☐ 施設入所等			
家族	ふりがな		☐ 男	本人との続柄	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 兄弟 ☐ その他 ()			
	氏名	様	☐ 女	連絡先	[]			
紹介動機				☐ 主治医判断 ☐ 本人希望 ☐ 家族希望 ☐ 専門職の依頼 ☐ その他 ()				
紹介目的				☐ 鑑別診断 ☐ BPSDコントロール ☐ 精神科病院等の入院 ☐ 鑑別診断後の病状増悪 ☐ () 年後再診 ☐ その他 ()				
現在の症状				☐ 物忘れ ☐ 見当識障害 ☐ 失語 ☐ 幻覚(幻視・幻聴) ☐ 妄想 ☐ 歩行障害 ☐ 異常行動 ☐ 詐欺被害 ☐ BPSD () ☐ その他 ()				
合併症				☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 不整脈 ☐ 心不全 ☐ 甲状腺機能低下症 ☐ アルコール依存症 ☐ その他 ()				
既往歴				☐ 脳梗塞 ☐ 精神疾患 () ☐ その他 ()				
現病歴 治療経過				処方 内容				
介護認定				☐ なし ☐ あり(☐ 申請中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 介護1 ☐ 介護2 ☐ 介護3 ☐ 介護4 ☐ 介護5)				
介護サービスの利用				☐ なし ☐ あり (訪問系 [] 週 [] 回 通所系 [] 週 [] 回) その他 [] 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

