

# 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: 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: ○○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: 〒658-0064神戸市東灘区鴨子ヶ原1丁目5-16	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	こうなん 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	甲南 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	こうなん 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	甲南 愛子 様	<input checked="" type="checkbox"/> 女	連絡先	090 [ △△△ ] △△△△

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  
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( H2△年 大腿骨頸部骨折にて入院 )

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	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 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 デイサービス [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)