診療情報提供書（認知症鑑別診断）受診依頼票

　令和　　年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

医 師 名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

ＴＥＬ　　（　　　　）　　 －

ＦＡＸ　　（　　　　）　　 －

愛知医科大学病院

　認知症疾患医療センター

　精神神経科　／　神経内科

　　　　　　　　担　当　医　　　　　先生

　　○愛知医科大学病院の受診歴（ 有・無・不明 ）（愛知医大ID:　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 性　別 | | | 生年月日 | 明・大・昭・平  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　（　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患 者 氏 名 | 様 | | | | | | | 男・女 | | |
| 住　　 所（事前紹介時のみご記入下さい） | 〒  ※予約連絡の窓口となる方の氏名・連絡先等  氏名（　　　　　　　）続柄（　　　　）  TEL（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | TEL  FAX | | ( ) －  ( ) － | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 険 情 報  保険証のコピーをＦＡＸしていただいても結構です | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  | 子・障・母　 前高・後高(　　割)　□ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号・番号 |  | | | | | | | | | 公費負担者番号 | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 続　　 柄 | 本　人　・　家　族 | | | | | | | | | 公費受給者番号 | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 紹介主旨 | □ご本人からの精査希望　　　　　　　　□家族からの精査希望  □かかりつけ医からの精査要請　　　　　□介護サービス導入  □抗認知薬の（導入・調整）　　　　　　□介護スタッフ（ケアマネ）等の勧め  □BPSD（精神症状・行動の異常）の治療　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷　病　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既　往　歴 | □高血圧　　　　　（治療中　未治療）　　　□糖尿病　　　　（治療中　未治療）  □脂質異常症　　　（治療中　未治療）　　　□心臓病　　　　（治療中　未治療）  □脳血管障害　　　（治療中　未治療）　　　□過度の飲酒歴  □向精神薬の内服　（治療中　未治療）　　　□薬物アレルギー（　有　・　無　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　：治療中　未治療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病状経過  治療経過  検査結果  現在の処方  等 | 【当事者が最も困っていること】  　本人・家族・介護者（〇をつけて下さい。）  【病状の経過，検査結果，（CT,MRI,HDS-R等）分かる範囲で簡単にお書き下さい。】  【身長・体重】  【内服薬】  添付資料（ 無・有・・・Ｘ－Ｐ・心電図・検査記録）、添付資料返却の必要性（ 有・無 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |