認知症療養指導情報提供書（経過報告書）

　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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 病状経過治療経過検査結果現在の処方　　　　等 | Ｎ式老年者用精神状態尺度（ＮＭスケール）項目ごとにあてはまる箇所に〇をつけてください。 |
| ・その他（特記事項） |