

佐伯市医師会・認知症関連診療情報提供書

フリカマナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S	
患者氏名			<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> H	年 月 日 才
住 所	〒 _____		自宅TEL ()	携帯TEL ()

紹介元 : () 医院・病院 () 科 医師名 ()

連絡先 : TEL () FAX ()

診療希望日時 : 月 日 時

※診断 (疑い)

- アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 前頭側頭型認知症
 レビー小体型認知症 その他 ()

・紹介先 () 科 _____ 先生 侍史

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 佐伯中央病院 (FAX: 0972-22-8844)
<input type="checkbox"/> 佐伯保養院 (FAX: 0972-22-3063)
<input type="checkbox"/> 曾根病院 (FAX: 0972-23-2640)
<input type="checkbox"/> 渡町台外科病院 (FAX: 0972-23-0859)
<input type="checkbox"/> 長門記念病院 (FAX: 0972-24-3067)
<input type="checkbox"/> 南海医療センター (FAX: 0972-23-4083)
<input type="checkbox"/> 西田病院 (FAX: 0972-22-7281)
<input type="checkbox"/> 御手洗病院 (FAX: 0972-42-1859)
<input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI

<input type="checkbox"/> CT

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (VSRAD) <input type="checkbox"/> ADAS - Jcog
(画像診断のみ) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (VSRAD) <input type="checkbox"/> 脳血流
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (VSRAD) <input type="checkbox"/> ADAS - Jcog
<input type="checkbox"/> CT |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

・紹介目的

- 検査依頼
 画像検査 CT MRI (VSRAD含む) 脳血流シンチ (SPECT)
 認知症検査 (HDS-R等) ADAS - Jcog
 診断依頼
 治療依頼
 家族への助言等
 その他

・周辺症状の有無

- なし
 あり : 該当項目をチェックして下さい
 幻覚 妄想 昼夜逆転 徘徊 暴言・暴力 介護抵抗 その他 (不安)

・身体合併症

- なし あり ()

※その他 患者・家族情報 など

- ・既往歴及び家族歴 : []
 ・生活状況 自宅 (同居 独居) 施設 病院 その他 ()
 ・介護認定 なし あり 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
 ・治療経過 []
 ・現在の処方 : []
 ・症状及び検査結果 : []

保険情報	<input type="checkbox"/> 社 保	<input type="checkbox"/> 本人	保険者番号	
	<input type="checkbox"/> 国 保		記号	
			番号	
			被保険者	
		<input type="checkbox"/> 生 保	<input type="checkbox"/> 家族	後期高齢者市町村番号
	<input type="checkbox"/> 後 期	後期高齢者本人番号		
		負担割合		<input type="checkbox"/> 1 割 <input type="checkbox"/> 3 割
				<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中