様式1

診療情報提供書(診断依頼用)

年　　月　　日

セフィロト病院
　認知症疾患医療センター

先生

医療機関名
住　　所
診 療 科
Ｔ Ｅ Ｌ
Ｆ Ａ Ｘ
医 師 名　　印

患者氏名(ふりがな)		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年　月　日　歳
住　所			TEL	
連絡先	氏 名 続柄		TEL	
病 名				
既往歴	□高血圧　□糖尿病　□脳疾患(病名:　) □心疾患(病名:　)　□呼吸器疾患(病名:　) □外科(整形)疾患(病名　)　□その他(　)			
紹介目的	□鑑別診断　□BPSDの治療　□薬剤調整　□病状増悪 □希望による鑑別診断要請 (□本人の希望　□家族の希望　□ケアマネ等からの勧め) □その他(　)			
診断後の対応について	□診断確定後、当院(紹介元機関)での治療を継続予定です □症状が安定するまで貴院での治療をお願いします □認知症に関する治療は貴院でお願いします			
症状及び治療経過	認知機能検査 HDS－R(　　点) MMSE(　　点)			
現在の処方内容				
備考	(検査データ添付　□あり　□なし)			

改定 H29.11.1