診療情報提供書

地域連携型認知症疾患医療センター

平成　　年　　月　　日

桜ヶ丘記念病院

担当医師　　医療機関名

〒
住所
TEL
FAX

医師名

患者	フリガナ 氏　名		男　女	生年月日	明・大・昭　年　　月　　日生（　歳　）
病　　名					
紹　介　目　的	□ 認知症の診断・治療（抗認知症薬の導入・調整） □ BPSD（行動・心理症状）の治療 □ 介護サービス導入 □ その他（　　） ［□ 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勧め □ 介護スタッフの勧め］				
既往歴 ・ 家族歴					
治療状況	□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）　□心疾患　（治療中・未治療） □脳血管性障害　（治療中・未治療）　□過度の飲酒歴 □向精神薬の内服（薬品名:　　） □その他（　　）				
症状 ・ 経過					
処方内容					

＊最新の血液データ等諸検査のデータがあれば添付してください。