

診療情報提供書(認知症診断パス用)

紹介先医療機関
 諏訪赤十字病院 御中

紹介元医療機関
 医療機関名
 医師氏名

※医療連携課経由にて担当診療科(精神科または神経内科)へ
 なお、診療科および担当医の指定はできかねますので、ご了承ください。

受診希望日等	該当する項目へ☑印をお願いします。 診療情報提供時(2回目)にCDデータを <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
--------	--

(フリガナ) 患者氏名		男・女	M T S H	年	月	日生
住所			TEL			
キーパーソン 氏名	続柄 ()	キーパーソン TEL				

紹介目的 認知症の診断 運転免許証に係る認知症の診断
 認知症初期集中支援チームの介入 (あり・なし)

治療経過・既往歴等(発症時期など)

処方内容

- お薬手帳 参照
- 他医でも投薬あり
- 下記処方内容
- なし

介護保険: 要介護() 要支援() 未申請

神経学的所見 (所見があれば☑印を)

- 構音障害・嚥下障害 振戦 歩行障害
- その他

中核症状 (所見があれば☑印を) [Old から: Observation List for early signs of Dementia]

いつも日にちを忘れている	記憶 忘れっぽさ
少し前のことをしばしば忘れる	
最近聞いた話を繰り返すことができない	
同じことを言うことがしばしばある	会話内容の 繰り返し
いつも同じ話を繰り返す	
特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある	会話の組み 立て能力と文 脈理解
話の文脈をすぐに失う	
質問を理解していないことが答えからわかる	
会話を理解することがかなり困難	見当識障害 作話 依存など
時間の観念がない	
話のつじつまを合わせようとする	
家族に依存する様子がある(本人に質問すると家族のほうを向くなど)	

周辺症状(該当する症状に○)

- 妄想() 幻覚() 興奮() うつ() 不安() 多幸()
- 無関心() 脱抑制() 易刺激性() 異常行動() 睡眠異常()
- 食行動異常()

その他 神経心理学検査(実施している場合) MMSE()点 HDS-R()点 他
 FAST(Functional Assessment Staging)(点)別紙参照 (他にデータあれば、別紙にて)

※諏訪赤十字病院受診当日は、ご家族同伴にて受診をお願いいたします。