

大田区認知症連携パス **診療情報提供書（初回依頼用）**

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介元 医療機関名

住所

TEL
FAX

_____ 科 _____ 先生

医師名

印 or サイン

貴院 ID 番号			
受診希望日	第1希望	月	日
	第2希望	月	日
	第3希望	月	日

フリガナ				男・女	明・大・昭・平	年	月	日	歳
患者氏名									
住所	〒 _____			TEL	自宅：				
					携帯：				

【紹介の主旨】

- ご本人からの精査希望
- かかりつけ医からの精査要請
- 抗認知症薬が必要になった場合、導入依頼の有無（依頼する・依頼しない）
- その他（ _____ ）
- 家族からの精査希望

【当事者が最も困っていること】

- 1) 本人

- 2) 家族・介護者

【既往歴・治療状況】

- 高血圧 (治療中、未治療)
- 脂質異常症 (治療中、未治療)
- 脳血管障害 (治療中、未治療)
- 向精神薬の内服 (あり：薬品名 _____)
- その他 (_____)
- 糖尿病 (治療中、未治療)
- 心臓病 (治療中、未治療)
- 過度の飲酒歴 _____)
- _____ : 治療中、未治療)

【神経学的所見】

- 構音障害・嚥下障害
- パーキンソン様症状 (振戦、動作緩慢、歩行障害)
- 幻覚 (幻視・幻聴)
- その他 (_____)

TOP-Q 点数

- 0 点
- 1 点
- 2 点
- 3 点

【もの忘れの状況】

日にち・時間や場所がわからない



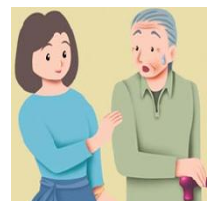
少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い



質問すると家族の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする



【その他の症状】

排泄の失敗



夕暮れ症候群・夜間興奮



物盗られ妄想



介護に抵抗・暴言・暴力



徘徊



不眠・昼夜逆転



はっきりしている時とボーっとしているときがある



ありありと見える幻視がある



眠っている間に大声で叫んだり怒鳴ったことがある



気分が沈み、悲しくなり、意欲が低下する



特に筋肉のこわばり、歩きにくい等のパーキンソン症状がある



立ちくらみ、便秘、異常な発汗・頻尿、だるさがある



その他追加・特記事項