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　医療機関名

住所

TEL
FAX

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生　　医　名　　or

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	

【紹介の主旨】
□ご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（　　）

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

【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

【周辺症状・ＢＰＳＤ】

□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

その他追加・特記事項