診療情報提供書（かかりつけ医療機関→市立加西病院）

令和　　年　　月　　日

＜紹介先＞

市立加西病院

科　　先生

＜紹介元＞

医療機関名
住所
電話
FAX
医師名　　㊞

フリガナ 患者氏名		男・女	大・昭・平　　年　　月　　日 （　　歳）
住　所			TEL
連絡先	氏名　　続柄		TEL
紹介目的	□鑑別診断　□初期治療（通院）　□再評価　□報告　□その他		
身体合併症	□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（　　）		
中核症状	□記憶障害　□判断力低下　□見当識障害　□失語　□失行　□失認 □その他（　　）		
周辺症状	□抑うつ　□幻視　□幻聴　□妄想　□睡眠障害　□暴言　□暴行 □徘徊　□介護への抵抗　□火の不始末　□不潔行為　□異食行動 □性的問題行動　その他（　　）		
神経学的所見	□構音障害　□嚥下障害　□振戦　□歩行障害　□その他（　　）		
検査所見	□頭部ＣＴ　令和　　年　　月　　日（結果：　　） □ＭＲＩ　令和　　年　　月　　日（結果：　　）		
心理検査	□ＨＤＳ－Ｒ（　　／３０）　平成　　年　　月　　日 □その他（　　）　平成　　年　　月　　日		
要介護認定	□未申請　□要支援（　　）　□要介護（　　）　□申請中　□非該当		
サービス利用状況	□訪問介護　□訪問看護　□デイサービス　□通所リハビリ（デイケア） □ショートステイ　□その他（　　）		

症状や治療などの経過 ---------- ---------- ---------- その他特記事項等 ---------- ---------- ---------- ---------- ----------	現在の処方 ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ----------