

# 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 <span style="float: right;">⑩</span>

フリガナ 患者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住 所		TEL	
連絡先	氏名 続柄	TEL	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 初期治療 (通院) <input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> その他		
身体合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 (病名: _____) ) <input type="checkbox"/> 心疾患 (病名: _____) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (病名: _____) ) <input type="checkbox"/> 外科 (整形) 疾患 (病名: _____) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
中核症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
周辺症状	<input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動    その他 ( _____ )		
神経学的所見	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
検査所見	<input type="checkbox"/> 頭部CT 平成 年 月 日 (結果: _____) <input type="checkbox"/> MRI 平成 年 月 日 (結果: _____)		
心理検査	<input type="checkbox"/> HDS-R ( _____ / 30 ) 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 平成 年 月 日		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当		
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイケア) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
症状や治療などの経過	現在の処方		
----- -----	----- -----		
その他特記事項等	----- ----- -----		

必要時、初期集中支援チーム (加西市地域包括支援センター内) へ  
 情報提供することについて本人またはご家族の同意 あり ・ なし