

診療情報提供書(もの忘れ連携用)

記載日: 年 月 日

紹介先医療機関: 兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 紹介元医療機関:

診療科: もの忘れ外来

診療科:

医師氏名:

医師氏名:

住所:

TEL/FAX:

フリガナ			
患者氏名			生年月日 年 月 日()歳
性別		住所	
電話	自宅 ()		
	緊急時 () 氏名 () 続柄 ()		
紹介目的	<p>診断 ※投薬内容をお知らせ願います。(別紙添付可)</p> <p>治療経過</p> <p>処方</p> <p>既往歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全</p> <p>()</p>		

※以下の項目で当てはまる所にチェックをお願いいたします。

生活状況

① 5年～10年前と比べて変化はない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② とっさに物の名前が出てこない、うっかり約束ごとを忘れるが、年齢相応で問題ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ はっきりともの忘れを認めるが日常行っている買い物や家計の管理等は何とかできている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ はっきりと、もの忘れを認め生活に支障が出てきている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 季節感が分からず、自分で服を選んで着ることができない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 体の洗い方、服の着方が分からない、トイレの失敗などがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

日常生活動作

摂食嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい <input type="checkbox"/> むせやすい	(日常生活動作の特記事項)
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> ほぼ全介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助で可能 <input type="checkbox"/> 車椅子自操可 <input type="checkbox"/> 不能	
	<input type="checkbox"/> 前傾 <input type="checkbox"/> 小刻み <input type="checkbox"/> とっさに足が出ない	
動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 鈍い <input type="checkbox"/> 麻痺あり <input type="checkbox"/> 不安定	

送付先

西播磨圏域認知症疾患医療連携協議会
Ver. 2.1 (2018. 6. 19 更新)

--