

認知症療養の助言等に係る情報提供書(もの忘れ連携用)

記載日:平成 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			生年月日	年 月 日 () 歳
患者氏名				
性 別		住 所		
電 話	自宅 ()			
	緊急時 ()	氏名 ()	続柄 ()	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 半年後フォロー <input type="checkbox"/> 一年後フォロー <input type="checkbox"/> 症状増悪等 <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体所見	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり ()			
認知障害	記憶障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()			
処方薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> その他 ()			

送付先

西播磨圏域認知症疾患医療連携協議会(2019年6月18日)

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

FAX:0791-58-1057