

初回用

年 月 日
 認知症疾患医療センター専用紹介状

焼津市立総合病院
 認知症疾患医療センター

医院名
 医師名
 住所
 TEL FAX

次のとおり、患者様をご紹介します。

患者連絡先	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
	住所			
	電話番号			
家族連絡先	フリガナ		続柄	
	氏名		電話番号	
	住所			
受診希望日	第1希望	月 日 (木曜日)	来院歴	なし・あり
	第2希望	月 日 (木曜日)		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 認知症の診断 <input type="checkbox"/> 車に関する意見 <input type="checkbox"/> その他()			
傷病名				
既往歴 治療経過				
緊急性	有 () ・ 無			
認知症に関する症状経過 〔発症時期〕 年 ヶ月前 (年 月頃) 〔症状〕 中核症状: <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> その他() 神経症状: <input type="checkbox"/> 麻痺() <input type="checkbox"/> 歩行障害() <input type="checkbox"/> パーキンソン症状() <input type="checkbox"/> その他() 周辺症状: <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他() 〔認知症発症に関するエピソード〕				
処方内容				
その他 留意事項など				