

フリガナ		生年月日	TS 年 月 日()歳
患者氏名	(男・女)	生活状況	同居者の有無など
住所		電話番号	
家族の連絡先	氏名	患者との関係	
	住所	電話番号	

① かかりつけ医 ↓ 西市民病院精神神経科	紹介元医療機関	名称	住所	
		医師名	TEL・FAX	
	紹介動機	<input type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 地域包括等の依頼		
	現在治療中の病名	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他()		
	現在の病状	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> アルコール乱用・依存 <input type="checkbox"/> その他()		
	検査等・心理テスト ※任意	<input type="checkbox"/> 別添の検査結果一覧表参照 <input type="checkbox"/> 頭部CT(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 頭部MRI(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 改訂版長谷川式簡易認知症評価スケール(HDS-R) 点 ※20点以下とは限定しません <input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) 点 ※23点以下とは限定しません		
	依頼内容	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 進行度評価・経過評価 <input type="checkbox"/> その他検査 []		
連絡事項	<input type="checkbox"/> 受診への本人の抵抗 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 認知症薬投与歴(ドネペジル・ガランタミン・リバスチグミン・メマンチン・抑肝散) <input type="checkbox"/> 日常生活等に関する聞き取りシートを添付しています(地域包括支援センター等作成資料) []			

② 検査・診断の結果 (西市民病院 ↓ かかりつけ医)	診察医	西市民病院精神神経科 ()	受診日	平成 年 月 日
		お問い合わせは地域医療推進課(代576-5251)までお願いします	鑑別・一般	ID :
	診断名		本人への告知	有 ・ 無
			有の場合 本人の反応	
	記憶・認知機能検査 (心理テスト)	<input type="checkbox"/> 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 点(≤20/30) <input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) 点(≤23/30) <input type="checkbox"/> アルツハイマー病評価スケール(ADAS) 点(≥10/70) <input type="checkbox"/> その他 ()		
画像診断その他検査	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> その他検査 ※所見別紙参照			
治療計画・連絡事項	<input type="checkbox"/> 今回は、特に異常は認められませんでした。認知症症状が進行するようでしたら改めてご紹介ください。 <input type="checkbox"/> 脳神経外科的治療が必要であるため、他院[]をご紹介しました。 <input type="checkbox"/> 上記の診断名となりましたので、貴院にて継続診療をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 投薬をお願いいたします。(薬剤名/投与量:) <input type="checkbox"/> 当院に[]ヶ月後くらいに定期チェックのための紹介をお勧めいたします。 <input type="checkbox"/> 介護認定申請を行ってください。 <input type="checkbox"/> その他()			

③ 介護・福祉等に関する相談 (かかりつけ医→地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者)

※②で認知症疾患と診断された場合は、介護認定の有無、認定区分によってその後の対応を本人・家族にご案内ください。あんしんすこやかセンター職員・ケアマネジャーが介護方法や介護サービスの種類・利用方法・費用負担について相談に応じます。介護サービスの利用を開始される場合は、本人・家族の意向を踏まえ、その手続き、連絡調整を行います。その際は、かかりつけ医に生活上の留意点等問い合わせが入ることがありますが、ご了承ください。

<input type="checkbox"/> 介護認定なし	地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)にご相談下さい。		
<input type="checkbox"/> 介護認定あり	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)にご相談下さい。	
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)にご相談下さい。	