

中通総合病院

認知症連携 紹介状・診療情報提供書

紹介元医療機関

名 称 _____

T E L _____

医 師 名 _____ 先生

F A X _____

下記患者を紹介いたします。

中通総合病院受診歴【 有 ・ 無 】

脳神経外科 小田 正哉 医師 宛

フリガナ		生 年 月 日	年	月	日
患 者 氏 名		年 齢		男	・ 女
住 所	〒 -	電 話 番 号	-	-	

紹 介 目 的	
傷 病 名	軽度の認知機能障害および軽度認知症の疑い
紹 介 基 準	以下の項目に全て当てはまる <input type="checkbox"/> 物忘れがある ※最近の数年で気になるようになった <input type="checkbox"/> ご本人もしくはご家族が違和感を感じている ※最近の数年で感じるようになった <input type="checkbox"/> 自立した生活が過ごせている その他気になる症状・エピソードがあればご記載ください：
治 療 希 望	<input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体療法に前向きである
既往歴及び家族歴	
症 状 経 過 検 査 結 果 治 療 経 過	
禁 忌 薬 品	
備 考	