

# 診療情報提供書 (初回依頼用・病状増悪時用)

平成 年 月 日

紹介先 医療機関名

- 旭山病院  
 こころのホスピタル・古川グリーンヒルズ  
認知症疾患医療センター

外来担当医 様

紹介元 医療機関名

名称

住所

電話

FAX

( 先生)

医師名

印

フリガナ		性別	生年 月日	大正 ・ 昭和	年	月	日	( 歳)
患者氏名		男・女						

## 傷病名

## 紹介目的

- 認知症鑑別診断  
 抗認知症薬の導入  
 その他 ( )
- 介護サービス導入  
 BPSD(行動・心理症状)の治療

## 既往歴 (発症時期、具体的傷病名 等)

- 高血圧 ( )       糖尿病 ( )  
 脳血管障害 ( )       心臓疾患 ( )  
 頭部外傷 ( )       脂質異常症 ( )  
 飲酒歴 ( )       精神疾患 ( )  
 手術歴 [ ]  
 その他 [ ]

## 治療経過及び検査結果

## 現在の処方

## 備考