

診療情報提供書
(認知症連携用)

紹介先 三朝温泉病院
担当科 神経内科
担当医 担当医 宛

紹介元医療機関
(住所)
TEL
FAX
科

患者氏名	様 (当院ID)	性別
患者住所	〒	
電話番号		
生年月日	年 月 日 (歳)	職業

主訴病名	認知症(疑い)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 上記精査(診断) <input type="checkbox"/> 初期治療・内服調整 <input type="checkbox"/> 継続治療(転医) <input type="checkbox"/> 行動・心理症状のコントロール <input type="checkbox"/> その他()
既往歴 家族歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他()
経過	(家族用問診票を添付。その他特記事項をご記入ください。)
処方	(必ずご記載ください。あるいは処方箋の写しなどを添付してください。)

[添付書類等]

- 治療計画 検査結果
 画像診断に係る画像情報 その他 ()