

診療情報提供書（認知症疾患医療センター用）

平成 年 月 日

紹介先医療機関

竹田綜合病院 認知症疾患医療センター

☐神経内科 ☐精神科 ☐指定なし

担当医()先生

紹介元医療機関名

(所在地)

(名称)

(医師名)

(フリガナ) 患者氏名		男 ・ 女	MTSH	年	月	日生
住所			TEL			

紹介目的	☐ 認知症の診断 ☐ 周辺症状の治療 ☐ その他()
傷病名	
既往歴 治療経過	
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: ☐物忘れ ☐見当識障害 ☐その他() 神経症状: ☐麻痺() ☐歩行障害() ☐パーキンソン症状() ☐その他() 周辺症状: ☐暴力 ☐暴言 ☐幻覚 ☐妄想 ☐抑うつ ☐不安 ☐徘徊 ☐せん妄 ☐拒絶 ☐不潔行為 ☐睡眠障害 ☐介護抵抗 ☐異食 ☐性的問題行動 ☐その他() (認知症発症に関するエピソード)	
処方内容	☐ お薬手帳参照 ☐ 下記
その他	介護保険: ☐ 要支援() ☐ 要介護() ☐ 未申請

※上記の様式は竹田総合病院ホームページからダウンロードできます

http://www.takeda.or.jp/3_index/3_shisetu_takeda_6.html