

# 診療情報提供書 (初回依頼用・病状増悪時用)

令和 年 月 日

紹介先 医療機関  
大江病院 認知症疾患医療センター

紹介元 医療機関  
名 称

外来担当医 様

住 所  
電 話  
FAX

( 先生)

医 師 名 印

フリガナ		性別	生年月日	( ) 歳
患者氏名				

## 病 名

- 認知症疑い  
 その他 ( )

## 紹介目的

- ご本人からの鑑別診断希望  
 かかりつけ医からの鑑別診断要請  
 抗認知症薬の導入  
 BPSD (精神症状・行動異常) の治療  
 その他 ( )
- 家族からの鑑別診断希望  
 介護サービス導入  
 介護スタッフ (ケアマネ) 等の勧め  
 病状増悪  
( )

## 既往歴

- 高血圧  
 脳血管障害  
 その他 ( )
- 糖尿病  
 向精神薬の内服  
( )

## 治療経過及び検査結果

## 現在の処方

## 備 考