

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名

嬉野が丘サマリヤ人病院
沖縄県認知症疾患医療センター 担当医

紹介元
医療機関名

住所

TEL

FAX

医師名

患者氏名 _____ 様 (男・女)

患者住所 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

【傷病名】

【紹介目的】

本人・家族が認知症の鑑別診断を希望

かかりつけ医からの精査要望

ケアマネ等の勧め

その他(

対応方法の助言

抗認知症薬の導入・調整

BPSD(精神症状や行動の異常)の治療

)

【既往歴】

高血圧

糖尿病

高脂血症

心疾患

脳血管疾患

腎疾患

不整脈

緑内障

呼吸器疾患

その他(

)

【治療経過・現在の処方】

< 薬剤アレルギー > 無・有 (

)

【本人・家族が感じていること、困っていること】

もの忘れ

日にちや時間の感覚がない

意欲低下

気分の落ち込み

怒りっぽい、攻撃的

暴力をふるう

異食行為

夜間不眠、昼夜逆転

幻覚

妄想

作り話をする

徘徊

盗み等の反社会的行為

性的な問題行動がある (

尿便失禁がある

介護の抵抗が強い

介護者が疲れている

入浴や着替えをしない

性格変化

その他

)

【備考】