

診療情報提供書（認知症疾患医療センター用）

令和 年 月 日

紹介先 医療機関

紹介元 医療機関

鎌倉脳神経MRIクリニック 認知症疾患医療センター 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（認知症の行動・心理症状）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