

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

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