

診療情報提供書 (認知症地域連携用)

平成 年 月 日

フリガナ

患者氏名 _____ (男・女)

生年月日 _____ (歳)

医療機関名

所在地

主治医

住所

電話番号

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来希望 <input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 入院希望
------	--

診断名	<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症疑い <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症疑い <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症疑い <input type="checkbox"/> 混合型認知症疑い <input type="checkbox"/> 認知症BPSD急性増悪 <input type="checkbox"/> その他()
-----	--

既往歴・症状・検査結果・治療の経過・その他

現在の処方