

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

国立病院機構仙台西多賀病院

もの忘れ外来

先生

印

下記の患者さんを紹介します。どうぞよろしくお願ひ致します。

| | | |
|------|---|----|
| 患者氏名 | 様 | 性別 |
| 生年月日 | | 職業 |
| 住所 | | 電話 |

傷病名

紹介目的

下記既往があればチェックお願いします

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> アルコール多飲 | その他 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常 | <input type="checkbox"/> 精神疾患 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 頭部外傷 | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 | <input type="checkbox"/> |

下記症状があればチェックお願いします

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 物忘れがひどい | <input type="checkbox"/> 判断力、理解力低下 | <input type="checkbox"/> 取り繕い | <input type="checkbox"/> 夜間に大声を出す |
| <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからない | <input type="checkbox"/> 意欲がなくなる | <input type="checkbox"/> 幻覚 | |
| <input type="checkbox"/> 人柄が変わる | <input type="checkbox"/> 不安が強い | <input type="checkbox"/> 妄想 | |

症状経過・検査結果・治療経過

連絡先