

診療情報提供書（福岡市認知症診断連携用）

紹介先医療機関名

福岡市認知症疾患医療センター

九州大学病院 (FAX 642-6276)

福岡大学病院 (FAX 862-8622)

神経内科、精神科神経科 担当医 行

紹介元医療機関名

住 所

T E L

F A X

医師名

(診療科

印

科)

フリガナ		M・T・S	年	月
患者氏名	※FAX送信時はイニシャルで記入 (男 ・ 女)	日		(才)
住 所	〒	自宅電話	()	
	—	携帯電話	()	

紹介目的 (あてはまるものにチェックをしてください)	
<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 周辺症状への対応 <input type="checkbox"/> 内科的・外科的合併症への対応 <input type="checkbox"/> その他 (薬物療法の助言 など)	
治療経過 ・ 既往歴 ・ 介護サービスの利用 ・ その他	現在の処方

神経学的所見 (初回のみ記入してください)

ある	ない	①構音障害・嚥下障害
ある	ない	②歩行・動作障害

OLD簡略版 (初回のみ記入してください)

ある	ない	①いつも日にちを忘れている
ある	ない	②少し前のことをしばしば忘れる／最近聞いた話を繰り返すことができない
ある	ない	③同じことを言うことがしばしばある／いつも同じ話を繰り返す
ある	ない	④特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある／話の文脈をしばしば失う
ある	ない	⑤質問を理解していないことが答えからわかる／会話を理解することがかなり困難
ある	ない	⑥時間の観念がない
ある	ない	⑦話のつじつまを合わせようとする
ある	ない	⑧家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族の方を向くなど)

認知症の周辺症状

該当する項目すべてチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他 精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状名：)
(有の場合) 専門医受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診療科：)
添付データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容 ()