

# 大田区認知症連携パス 診療情報提供書（初回依頼用）

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介元 医療機関名

住所

TEL  
FAX

\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

医師名

印 or サイン

|          |        |   |   |
|----------|--------|---|---|
| 貴院 ID 番号 |        |   |   |
| 受診希望日    | 第 1 希望 | 月 | 日 |
|          | 第 2 希望 | 月 | 日 |
|          | 第 3 希望 | 月 | 日 |

|      |         |  |     |         |   |   |   |   |
|------|---------|--|-----|---------|---|---|---|---|
| フリガナ |         |  | 男・女 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 患者氏名 |         |  |     |         |   |   |   |   |
| 住所   | 〒 _____ |  | TEL | 自宅：     |   |   |   |   |
|      |         |  |     | 携帯：     |   |   |   |   |

**【紹介の主旨】**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ご本人からの精査希望<br><input type="checkbox"/> かかりつけ医からの精査要請<br><input type="checkbox"/> 抗認知症薬が必要になった場合、導入依頼の有無（依頼する・依頼しない）<br><input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | <input type="checkbox"/> 家族からの精査希望 |
|---|------------------------------------|

**【当事者が最も困っていること】**

- 1) 本人
  
- 2) 家族・介護者

**【既往歴・治療状況】**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (治療中、未治療)<br><input type="checkbox"/> 脂質異常症 (治療中、未治療)<br><input type="checkbox"/> 脳血管障害 (治療中、未治療)<br><input type="checkbox"/> 向精神薬の内服 (あり：薬品名 _____ )<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (治療中、未治療)<br><input type="checkbox"/> 心臓病 (治療中、未治療)<br><input type="checkbox"/> 過度の飲酒歴<br><br><input type="checkbox"/> _____ : 治療中、未治療) |
|--|--|

**【神経学的所見】**

- 構音障害・嚥下障害  
 パーキンソン様症状 (振戦、動作緩慢、歩行障害)  
 幻覚 (幻視・幻聴)  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 【もの忘れの状況】

日にち・時間や場所がわからない



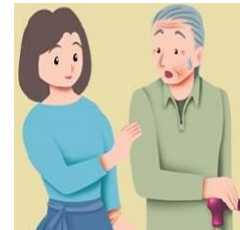
少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い



質問すると家族の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする



## 【周辺症状・BPSD】

排泄の失敗



夕暮れ症候群・夜間興奮



物盗られ妄想



介護に抵抗・暴言・暴力



徘徊



不眠・昼夜逆転



その他追加・特記事項