

**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	〒	ー	TEL	自宅：			
				携帯：			

**【紹介の主旨】**

- ご本人からの精査希望
  家族からの精査希望  
 かかりつけ医からの精査要請  
 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）  
 その他（ ）

**【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】**

- 高血圧 (治療中、未治療)
  糖尿病 (治療中、未治療)  
 脂質異常症 (治療中、未治療)
  心臓病 (治療中、未治療)  
 脳血管障害 (治療中、未治療)
  過度の飲酒歴  
 向精神薬の内服 (あり：薬品名 )  
 その他 ( : 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 ( )

TOP-Q 点数

- 0 点  
 1 点  
 2 点  
 3 点

### 【もの忘れの状況】

日にち・時間や場所がわからない



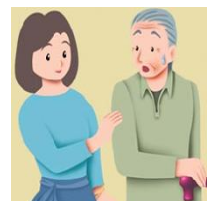
少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



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



### 【その他の症状】

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



はっきりしている時とボーっとしているときがある



ありありと見える幻視がある



眠っている間に大声で叫んだり怒鳴ったことがある



気分が沈み、悲しくなり、意欲が低下する



特に筋肉のこわばり、歩きにくい等のパーキンソン症状がある



立ちくらみ、便秘、異常な発汗・頻尿、だるさがある



その他追加・特記事項