

社会福祉法人浴風会
浴風会病院 担当医 行

紹介元医療機関所在地及び名称

医師氏名 (印)

電話番号

患者氏名	性別 男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)
住所	杉並 ・ 中野 ・ 新宿 区
電話番号	— —

キーパーソン氏名	続柄 ()
連絡先	— —

【紹介目的】	a. 認知症の診断	b. 抗認知症薬について	c. BPSDの治療	d. サービス利用
	e. 入院 ・ 転院	f. その他()		

【生活状況】	a. 在宅	b. 施設 ()	c. 病院
--------	-------	-----------	-------

【同居の有無】	a. 単身	b. 配偶者	c. 子 ()	d. 子の配偶者
	e. 親類()	f. その他()		

【介護保険】	未申請 ・ 申請中 要支援1 ・ 要支援2 / 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
--------	---

【サービス利用状況】		
a. なし		
b. デイケア ・ デイサービス	___回/週	(___曜日)
c. ヘルパー	___回/週	(___曜日)
d. 訪問看護	___回/週	(___曜日)
e. 訪問リハビリ	___回/週	(___曜日)
f. その他 ()	___回/週	(___曜日)
g. ショートステイ	___回/週	(___曜日)

【合併症】	a. 高血圧	b. 糖尿病	c. 脂質異常症	d. 心房細動	e. 心不全	f. 腎不全
	g. 消化器潰瘍	h. 気管支喘息	i. その他()			
	j. 脳血管障害	()年頃				
	k. 心筋梗塞	()年頃				
	l. 骨折	()年頃	部位()	治療()		
	m. 悪性腫瘍	()年頃	部位()	治療()		

【既往歴及び家族歴】**【処方薬】**

1. 抗認知症薬 （ 投与 ・ 未投与 ）

薬 剤	開始年月	副作用	現在投与量
ドネペジル(アリセプト)	年 月		
ガランタミン(レミニール)	年 月		
リバスチグミン (イクセロン、リバスタッチ)	年 月		
メマンチン(メマリー)	年 月		

2. その他の処方

【検査結果】

1. 認知機能検査 （ 施行 ・ 未施行 ）

検 査 名	施行年月	施行機関	スコア
MMSE ・ HDS-R	年 月		
MMSE ・ HDS-R	年 月		
MMSE ・ HDS-R	年 月		
MMSE ・ HDS-R	年 月		

2. 画像検査 （ 施行 ・ 未施行 ）

検 査 名	施行年月	施行機関	所 見
CT	年 月		
MRI	年 月		
SPECT	年 月		

3. 一般検査 （ 施行 ・ 未施行 ）

※ 1年以内の健診データの添付でも結構です。

検 査 名	施行年月	施行機関	所 見
血液検査	年 月		
心電図	年 月		
胸部X-P	年 月		
他()	年 月		

【備考】