ver1.2

紹介先医療機関名

病院

科

先生御侍史

紹介元医療機関名

施設名	
紹介者名	
診療科・所属	
住所	
TEL	（　　）
FAX	（　　）

フリガナ		M・T・S　年　月　日 （　　才）	
患者氏名	（FAX送信にはイニシャルで記入）		
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）

☐ 診断　☐ 診断＋薬物療法の決定　☐診断＋薬物療法の決定＋介護福祉との連携

☐ その他（　　）

患者の変化に気づかれたのはいつごろからですか	年　月頃

基本情報 （不明の場合には記入不要）	受診動機（☐本人の希望　☐家族のすすめ　☐ケアマネ等のすすめ） 介護認定（ 無 ・ 有 ）→ありの場合には以下の介護度をチェックしてください ☐自立　☐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 ☐不明 利用中の介護サービス　☐ホームヘルプサービス　☐デイケア　☐ショートステイ　☐施設入所 担当ケアマネ　名前（　　）　事業所（　　） 薬物管理　☐自己管理可　☐家族が管理　☐不明　☐その他（　　） 基礎疾患　☐高血圧　☐糖尿病　☐　脳卒中　☐その他（　　） 家族構成　☐独居　☐同居（配偶者・家族）　キーパーソン（　　） 特記事項　（家族が一番お困りのこと など）

処方内容
その他　お伝えしたい内容がありましたらご記入ください

東区認知症連携の会の問診票と一緒にFAXしてください

改訂　長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）をおとりの場合には一緒にFAXしてください

東区認知症連携の会