

☐初診用 ☐再診用

印

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	年 齢	歳
住 所	〒				電話番号				

紹介目的 （複数可）	☐ かかりつけ医からの鑑別診断要請 ☐ ご本人からの鑑別診断希望 ☐ ご家族からの鑑別診断希望 ☐ BPSD（精神症状、行動異常）の治療 ☐ その他（ ）	☐ 抗認知症薬の導入 ☐ 介護サービス導入 ☐ 介護スタッフ（ケアマネ）等の勧め ☐ 病状増悪
治療経過 検査結果		
既往歴 入院歴		
認知機能検査	☐ HDS-R [点] ☐ MMSE [点] ☐ 未実施	
行動・心理症状 （複数可）	☐ 無し ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行為 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 []	
現在の処方		
鑑別診断後の方針	☐ かかりつけ医にて治療継続 ☐ 認知症疾患医療センターにて治療継続	
特記事項		

備考 診断画像や検査データなどがある場合は、必要に応じて情報を添付してください。
初診当日、本情報提供書を必ず外来受付に提出してください。