

診療情報提供書 (もの忘れ連携用)

記載日: 年 月 日

紹介先: 済生会中和病院
医療機関

紹介元:
医療機関:

診療科: 脳神経外科

診療科:

医師氏名: 仁木 陽一 先生 御侍史

医師氏名:

予約日: 年 月 日 (月曜日)

住 所:

予約時間: 時 分

T E L: - -

F A X: - -

フリガナ		生年月日	
患者氏名			年 月 日 () 歳

性別	男・女	住所	
電話	自宅 ()		
	緊急時 () 氏名 () 続柄 ()		

紹介目的 治療経過 処方 その他	※ 既往歴と現在の投薬内容は必ずご記入ください
---------------------------	-------------------------

※ 以下の項目で当てはまる所にチェックをお願いいたします。

生活状況	
① 5年～10年前と比べて変化はない	□はい □いいえ
② とっさに物の名前が出てこない、うっかり約束ごとを忘れるが、年齢相応で問題ない	□はい □いいえ
③ はっきりとももの忘れを認めるが日常行っている買い物や家計の管理等は何とかできている	□はい □いいえ
④ はっきりと、もの忘れを認め生活に支障が出てきている	□はい □いいえ
⑤ 季節感が分からず、自分で服を選んで着ることができない	□はい □いいえ
⑥ 体の洗い方、服の着方が分からない、トイレの失敗などがある	□はい □いいえ

日常生活動作	
摂食嚥下	□自立 □部分介助 □全介助 □飲み込みづらい □むせやすい
整容	□自立 □部分介助 □全介助 (日常生活動作の特記事項)
移乗	□自立 □部分介助 □ほぼ全介助 □全介助
歩行状態	□自立 □介助で可能 □車椅子自操可 □不能
	□前傾 □小刻み □とっさに足が出ない
動作	□自立 □鈍い □麻痺あり □不安定

送付先

済生会中和病院 地域連携室 FAX : 0744-43-6625
