|  |
| --- |
| **診　療　情　報　提　供　書**  （認知症疾患医療センター紹介用） |

紹介先医療機関名： 医療法人幸仁会　高松病院　認知症疾患医療センター

　　　　　　　　もの忘れ外来　担当医　宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　様 | 男・女 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日 | 歳 |
| 傷病名 | | | |
| 紹介目的（　□にチェックをお願い致します　）  □　認知症の検査・鑑別診断  □　認知症の周辺症状の治療  □　入院依頼  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 既往歴 | | | |
| 経過、現在の処方など | | | |
| 受診後の希望（　□にチェックをお願い致します　）  □　認知症の治療は、貴院（高松病院）でお願いします。  □　認知症の治療は、当院（ 紹介元 ）で行います。  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

　　年　　月　　日

紹介元医療機関 ：

所　　在　　地 ：

電　　　　　話 ：

医　　師　　名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　印