

秋田県認知症疾患医療センター 外来(もの忘れ外来)受診予約申込みカード

秋田県認知症疾患医療センター行き

FAX 018-892-3816

(所在地)

リハビリテーション・精神医療センター内

〒019-2413 大仙市協和上淀川字五百刈田352

TEL 018-892-3751 (代表電話)

紹介元医療機関・介護福祉関係機関 様

- ・送信票は不要ですので、この用紙のみFAXしてください。
- ・受診日の調整等について、FAX受信後に当センターより連絡させていただきます。
- ・患者様の現在の状態等については、可能な範囲で記載いただければ結構です。
- ・外来受診当日、患者様が診療情報提供書をお持ちいただけるよう、交付をお願いします。

■紹介元機関

機関名		担当医師様氏名	
連絡担当様氏名		連絡先	TEL ()
			FAX ()

■患者様氏名・住所等

ふりがな		男・女	生年月日	大正昭和 平成	年 月 日生 (歳)
氏名					
住所	〒	—		TEL	()

■現在の状態等 (該当する項目をチェックしてください)

現在の 症 状	□もの忘れ⇒	●本人の自覚はありますか ⇒	●いつ頃からもの忘れがありますか？
	□あり □なし □不明		□5年以上前から □3～4年前から □2年程前から □1年程前から □半年以内から □不明
	□新しいことが覚えられない □同じことを何度も聞く□怒りっぽい □夜間落ち着かない		
	□会話が成り立たない □意欲がない □徘徊 □不潔行為		
	□介護への抵抗 □幻視 □幻聴 □妄想		
	□日中によく居眠りをする □動作が鈍い □良い時と悪い時の差が激しい		
	□非社会的行動がある □その他 (具体的に:)		
食 事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 (特記事項:)		
排 泄	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 (特記事項:)		
歩 行	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 (特記事項:)		
意思疎通	失 語: □なし □あり □不明	難 聴: □なし □あり □不明	
睡 眠	□問題なし □問題あり (具体的に:)		
利用中のサービス	□デイサービス □デイケア □ショートステイ □ホームヘルパー □利用していない □施設入所中 (施設名:) □その他 ()		
同居者等	□一人暮らし □家族と同居 □その他 () ●主介護者はどなたですか? (複数回答可) □配偶者 □息子 □娘 □嫁 □その他 ()		

■既往歴・治療状況 (該当する項目をチェックしてください)

□高血圧 (治療中・未治療)	□糖尿病 (治療中・未治療)	□脂質異常症 (治療中・未治療)
□心臓病 (治療中・未治療)	□脳血管障害 (治療中・未治療)	
□その他 ()		

■その他要望・特記事項等

--