

## 診療情報提供書(もの忘れ連携用)

紹介先医療機関

医療機関名

武蔵村山病院

住所

神経内科 福井 海樹 先生

月・金午後 もの忘れ外来

TEL

FAX

受診歴	無・有 (      年    月頃)
ID 番号	
受診希望日	
<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日
<input type="checkbox"/> 準緊急(水曜特別枠)	

医師名

印

(診療科)

科)

フリガナ		男・女	<b>M T S H</b>	年	月	日	才
患者氏名							
住所	〒      -	自宅 TEL		(      )			
		携帯 TEL		(      )			

紹介目的・治療経過・既往歴・その他	現在の処方
-------------------	-------

神経学的所見 (初回のみ記入して下さい)

ある	ない	①構音障害・嚥下障害
ある	ない	②振戦
ある	ない	③歩行障害

OLD (初回のみ記入してください)

ある	なし	①いつも日にちを忘れる
ある	なし	②少し前のことをしばしば忘れる
ある	なし	③最近聞いた話を繰り返すことができない
ある	なし	④同じことを言うことがしばしばある
ある	なし	⑤いつも同じ話を繰り返す
ある	なし	⑥特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある
ある	なし	⑦話の文脈をすぐに失う
ある	なし	⑧質問を理解していないことが答えからわかる
ある	なし	⑨会話を理解することがかなり困難
ある	なし	⑩時間の観念がない
ある	なし	⑪話のつじつまを合わせようとする
ある	なし	⑫家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族の方を向くなど)

添付データ 無 有 内容 (      )