紹介状(認知症)

令和　　　年　　　月　　　日

紹介先認知症専門医療機関名：

診療科名：

紹介元医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名：

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　歳（生年月日　　　　　　年　　月　　日）

性別：　　男　　・　　女

紹介元医療機関での疾患名：①　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　③

④　　　　　　　　　　　　⑤　　　　　　　　　　⑥　　　　　　　　　　⑦

（受診の際はお薬手帳を持参）

上記の患者は認知機能低下が疑われましたので、ご精査・ご高診をよろしくお願い申し上げます。

患者に目立ってきた症状について把握している場合は、該当する全ての□にチェックしています。

（ご家族等に記入いただいた場合あり）

□　記憶力の低下（物忘れ、同じことを聞く、物を置いた場所を思い出せない、など）

□　今までできた仕事や家事ができない

□　意欲の低下、活動の減少がみられる

□　気分の落ち込みがある

□　怒りっぽくなった

□　非常識な行動を平気でする

□　歩行が悪くなった（小刻み歩行、ふらつき歩行、つっぱり歩行、など）

□　動作が緩慢になった

□　言葉がスムースにしゃべれない

□　手や足が震える

□　筋力低下（体の一部に力が入らない）

□　幻視・幻聴（ないものが見える・聞こえる）

□　妄想（事実でないことを思い込む）

□　尿失禁がある

□　その他、気になる症状（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

最初の症状が出現した時期：　　　　　　年　　月頃から