

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名
医療法人タピック 宮里病院
認知症疾患医療センター 担当医

紹介 医療機関名

先生

住所

電話

FAX

医師名

(科)

フリガナ		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 歳			
患者氏名						
住所	〒	-	電話	本人		
				家族(続柄:)		

【紹介目的】

<input type="checkbox"/> 本人から精査希望	<input type="checkbox"/> 家族からの精査希望
<input type="checkbox"/> かかりつけ医からの精査要望	<input type="checkbox"/> ケアマネ等の勧め
<input type="checkbox"/> 抗認知症薬の導入・調整	<input type="checkbox"/> BPSD(精神症状・行動の異常)の治療
<input type="checkbox"/> その他 ()	

【既往歴】 <アレルギー: 有()・無 >

【治療・症状の経過・処方内容・検査結果など】

【特にお困りな事】

※上記について概ね記載があれば結構です。この書式に限らず、貴院所定の診療情報提供書もご利用いただけます。
所定の診療情報提供書をご利用の際は、認知症疾患医療センターの受診を希望される旨、ご記入願います。