比企西部認知症連携パス　　診療情報提供書

紹介先　医療機関名

年　　月　　日

紹介元　医療機関名
住所
ＴＥＬ
ＦＡＸ

科　　先生　　医師名　　印

貴院ＩＤ番号

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	明・大・昭・平 年　月　日　歳

住所	〒　　－

ＴＥＬ	自宅：	携帯：

【紹介の主旨】

□ご本人からの精査希望　　□ご家族からの精査希望

□かかりつけ医からの精査要請

□抗認知症薬が必要になった場合、導入依頼の有無（依頼する・しない）

□経過評価のため

□その他（　　）

【当事者が最も困っていること】

○本人

○家族・介護者

比企西部認知症連携パス　　診療情報提供書（紹介先⇒紹介元）

氏名	
生年月日	
住所	
電話番号	
当院カルテ番号	

当院の判断

1）現在のところ、認知症の心配はありません。

2）軽度認知障害の範囲を考えます。

3）認知症を発症していると思われます。

□軽度　　□中等度　　□高度

□　アルツハイマー型認知症　　□　レビー小体型認知症

□　前頭側頭葉型認知症　　□　脳血管性認知症

□　その他の特殊な認知症（　　）

検査所見・コメント：

今後の方針

□　比企認知症連携パスの適応外です。貴院での定期受診を継続してください。

□　比企認知症連携パスの適応です。パスを用い当院との定期病状評価が必要です。（　　ヵ月後）

治療方針

□　現状では治療は不要です。

□　抗認知症薬の導入の適応があります。導入をご検討ください。

□　当院で抗認知症薬（　　）の導入を完了しましたので継続治療をお願いします。

□　その他（　　）

□　積極的に介護保険の活用をお勧めします。