

情報提供書(医療機関から相談機関等への連絡シート)

平成 年 月 日

相談機関等名

御中

本人氏名
生年月日 M T S 年 月 日(歳)
電話番号 () -
住 所 市町村

医療機関名
住 所
電話(FAX)
医 師 名 (印)

1. 目的 □受診結果報告 □連絡・依頼 □その他()

2. 受診日 平成 年 月 日

3. 受診結果

□認知症の可能性がある
□現時点では判断不可(要精査)
□現時点では特に問題はなし
□その他()
【検査】
□実施
□長谷川式テスト 点
□その他()
□未実施
【今後の予定】
□当院でのフォロー
□他医療機関へ紹介(医療機関名:)
□認知症専門医療機関への紹介(医療機関名:)
□その他()

4. 受診時のご本人、ご家族への説明・指導内容など

【当院から説明・指導をした人】
□本人
□家族(続柄:)
□ケアマネジャー
□その他()
□今後の予定
□薬の処方内容(具体的に)
□生活上の注意点等(具体的に)

5. サービス導入などの検討事項

□在宅での生活が可能
□介護サービスの利用を検討する
□その他()
□施設入所を検討する
□入院を検討する.....□精神科 □その他
【介護などでの留意点や意見など】

6. 相談機関への連絡事項、特記事項など

次回受診(相談)予定日[平成 年 月 日] または予定時期[か月後頃]
【相談機関から当院へ問合せをされる時は、次のようにしてください】
□電話(都合のいい時間帯:) □FAX(番号:)
□メール(アドレス:) □その他()