

情報提供書(相談機関等から医療機関への連絡シート)

平成 年 月 日

目的: 受診希望(認知機能障害の評価等) 状況(経過)報告 その他()

医療機関からの連絡: 希望します(別紙「シートB・射水市版」) 特に希望はありません

その他()

Medical institution and consultation institution information forms with fields for name, address, phone, and doctor name.

◆基本情報

Basic information table including name, gender, birth date, residence, family composition, and care status.

◆現在の状況等 ※記載者 家族(続柄) 相談機関()

Checklist of symptoms and conditions with 20 items for selection.

「今までと違う」と思ったのはいつ頃からですか。 年 月頃から (症状がひどくなってきた時期ではなく、少しでも「今までと違う」と感じた時期を記載ください。)

その頃の主な症状()

その他、気になっていることや困っていることなどを記載してください。

◆家族のみが受診する場合 受診者: (続柄)

Form for family member consent and contact information.

◆その他 特記事項

Form for additional notes and special items.