

情報提供書(医療機関から相談機関等への連絡シート)

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 射水市

医療機関名
住 所
電話(FAX)
医 師 名

1. 目的 □受診結果報告 □連絡・依頼 □その他()

2. 受診日 年 月 日

3. 受診結果

Form with checkboxes for diagnosis (認知症の可能性, 現時点での判断不可, etc.), examination results (検査実施, 長谷川式テスト, etc.), and future plans (今後の予定).

4. 受診時のご本人、ご家族への説明・指導内容など

Form for explaining and guiding the patient and family, including checkboxes for who provided the explanation (本人, 家族, etc.) and what was explained (今後の予定, 薬の処方内容, etc.).

5. サービス導入などの検討事項

Form for discussing service introduction and other matters, including checkboxes for home care (在宅での生活が可能), facility admission (施設入所を検討する), and hospitalization (入院を検討する).

6. 相談機関への連絡事項、特記事項など

Form for contact information and special notes, including fields for the next consultation date (次回受診(相談)予定日) and contact methods (電話, FAX, メール).