

FAX 受付時間は紹介先医療機関にご確認ください。

保険者番号								公費負担番号							
記号				番号				公費受給者番号							
被保険者との続柄				本人 ・ 家族				負 担 割 合				1 割 ・ 3 割			
資格取得年月日				年 月 日				資格取得年月日				年 月 日			
有 効 期 限				年 月 日				有 効 期 限				年 月 日			

☐初回 ☐半年 ☐1年

診療情報提供書(もの忘れ連携用)

紹介先医療機関

☐ 関東中央 ☐ 至誠会第二 ☐ 玉川 ☐ 松沢
☐ 三宿 ☐ 東邦大橋 ☐ 昭和大鳥山 ☐ 大脇

医療機関名

住所

科 先生

TEL

FAX

醫師名

(診療科)

印
科)

受診歴	無・有（ 年 月頃）
ID 番号	
受診希望日	
☐ 早めに	☐ 月 日希望
☐ 都合の悪い日・曜日（ ）	

フリガナ		男・女	M T S H	年	月	日	才
患者氏名							
住所	〒 ー		自宅 TEL	()			
			携帯 TEL	()			

紹介目的・治療経過・既往歴・その他	現在の処方
-------------------	-------

神経学的所見（初回のみ記入してください）

ある	ない	① 構音障害・嚥下障害
ある	ない	② 振戦
ある	ない	③ 歩行障害

OLD（初回のみ記入してください）

ある	ない	① いつも日にちを忘れている
ある	ない	② 少し前のことをしばしば忘れる
ある	ない	③ 最近聞いた話を繰り返すことができない
ある	ない	④ 同じことを言うことがしばしばある
ある	ない	⑤ いつも同じ話を繰り返す
ある	ない	⑥ 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある
ある	ない	⑦ 話の文脈をすぐに失う
ある	ない	⑧ 質問を理解していないことが答えからわかる
ある	ない	⑨ 会話を理解することがかなり困難
ある	ない	⑩ 時間の観念がない
ある	ない	⑪ 話のつじつまを合わせようとする
ある	ない	⑫ 家族に依存する様子がある（本人に質問すると家族のほうを向くなど）

添付データ ☐無 ☐有 内容 ()