**診療情報提供書（もの忘れ外来用）**

【FAX番号：059-354-2214】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

【紹介元医療機関】

医療機関名

所在地

医師名

電話/FAX

市立四日市病院

脳神経内科

もの忘れ外来　　行き

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名：患者住所：電話番号： | 生年月日：　　　　年　　　月　　　日年　　齢：　　　　歳職　　業： |
| 傷病名 | ♯1　認知症の疑い |
| 紹介目的 | **認知機能の精査** |
| 既往歴 | 高血圧症（あり・なし）　糖尿病（あり・なし）　脳血管障害（あり・なし）精神疾患（あり・なし）⇒ありの場合疾患名（　　　　　　　　　　　） |
| 家族歴 | 高血圧症（あり・なし）　糖尿病（あり・なし）　脳血管障害（あり・なし）認知症（あり・なし）　パーキンソン病（あり・なし） |
| 症状経過及び治療経過 | 初発時期：初発症状：その後の経過・紹介に至った経緯：※採血データ、頭部の画像（CT、MRI等）がありましたら、当日お持ちいただきますようお願い致します。 |
| 処方（現在内服中のお薬を全てご記載下さい） |

市立四日市病院　地域連携・医療相談センター「サルビア」

〒510-8567　　三重県四日市市芝田二丁目2番37号

電話059-356-0822　　　FAX　059-354-2214