

菅原病院 秋田県認知症疾患医療センター 受診予約カード

菅原病院 秋田県認知症疾患医療センター

FAX 0184-22-7770

(所在地)

医療法人社和会 菅原病院内

〒015-0012 由利本荘市石脇字田尻33番地

TEL 0184-22-1604 (代表電話)

紹介元医療機関・介護福祉関係機関 様

- ・送信票は不要ですので、この用紙のみFAXしてください。
- ・受診日の調整等について、FAX受信後に当センターより連絡させていただきます。
- ・患者様の現在の状態等については、可能な範囲で記載いただければ結構です。
- ・外来受診当日、患者様が診療情報提供書をお持ちいただけるよう、交付をお願いします。

【 紹介元機関 】

機 関 名		担当医師 氏 名	
連絡担当者 氏 名		連 絡 先	TEL ()
			FAX ()

【 患者氏名・住所等 】

ふりがな		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生 (歳)
氏 名							
住 所	〒 -			TEL	()		
氏 名 (キーパーソン)				続 柄			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察希望 <input type="checkbox"/> 入院希望						
診察希望日	年 月 日 ()						

【 現在の状態等 】 該当する項目にチェックしてください。

現在の 症 状	<input type="checkbox"/> もの忘れ⇒ 本人の自覚はありますか？ ⇒		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> いつ頃からもの忘れがありますか？		<input type="checkbox"/> 5年以上前から <input type="checkbox"/> 3～4年前から <input type="checkbox"/> 2年程前から <input type="checkbox"/> 1年程前から <input type="checkbox"/> 半年以内から <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 新しいことが覚えられない <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 夜間落ち着かない <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 日中によく居眠りをする <input type="checkbox"/> 動作が鈍い <input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい <input type="checkbox"/> 非社会的行動がある <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)							
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(特記事項:)						
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(特記事項:)						
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(特記事項:)						
意思疎通	失語: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	難聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明						
睡 眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (具体的に:)							
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 利用していない 施設入所中 (施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()							
同居者等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 () 主な介護者はどなたですか？ (複数回答可) <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> その他 ()							

【 既往歴・治療状況について 】 該当する項目にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 高血圧 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (治療中・未治療)		
<input type="checkbox"/> 心臓病 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> その他 ()		

【 その他要望・特記事項等 】

※ご記入はお分かりになる範囲で結構です。