

秋田県認知症疾患医療センター（菅原病院内）受診予約カード

秋田県認知症疾患医療センター行き

FAX 0184-22-7770

（所在地）

医療法人 荘和会 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	
連絡担当氏名		連絡先	TEL ()
			FAX ()

【患者氏名・住所等】

ふりがな					
氏名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳)
住所	〒	—		TEL	()

【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	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 <input type="checkbox"/> 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】

--