

F A X**03-3307-0013**

一般社団法人 至誠会第二病院

地域医療連携室行

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 () 年

診療情報提供書(世田谷区もの忘れ連携用) 記載日 年 月 日

 一般社団法人 至誠会第二病院
 神経内科もの忘れ外来

紹介元医療機関名

先生

住所

受診歴	無・有 (年 月頃)
ID番号	
受診希望日	
<input type="checkbox"/> 早めに	<input type="checkbox"/> 月 日希望
<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日 ()	

TEL
FAX

医師名

(診療科)

印
科)

フリガナ		男・女	MTSH 年 月 日 才
患者氏名			
住所	〒 -		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 ()

) 2011.6 SETAGAYA-NW