診療情報提供書

済生会野江病院 脳神経内科

担当医　　殿

紹介元医療機関

医師氏名

フリガナ		利用サービス・関係機関	ケアマネージャー	
患者氏名			訪問看護ステーション	
生年月日	年　月　日生　歳（男、女）		デイサービス	
住所	〒		入所施設	
TEL			地域包括	

紹介目的　□ 初回（MCI･認知症を疑い精査と鑑別診断､BPSD の治療､その他　　）

□ 初回（抗 Aβ 抗体治療希望）

□ 再診（症状の変化、BPSD の治療、その他　　）

既往歴	現在の処方（コピー添付可）
経過 HDS-R：　　MMSE：	

＜症状チェックリスト＞

□ 物忘れが多くなったと（当人・ご家族）が感じている
□ 何度も同じことを尋ねる
□ 仕事中のミスが増えた
□ 物の名前が出にくい
□ 曜日や日付がすぐ出てこない
□ 探し物が増えた（物を置いた場所を忘れやすくなった）
□ 料理や買い物などの家事に時間がかかるようになった
□ 約束の数が合わないときがある
□ 同時に 2 つのことをするのが苦手になってきた
□ 趣味を楽しめなくなった・しなくなったなど意欲が低下した
□幻覚・幻聴　□妄想　□徘徊　□暴力・暴言
その他（　　）
□ 運転免許センターからの精査指示

抗 Aβ 抗体治療をご希望の方には
下記あらかじめご紹介ください

□2 週間～4 週間ごとの**点滴療法**であること
□適応の判断には**複数種類の検査**が必要であること
□薬価が高額であること
ex)70 歳 50kg の方は保険診療・高額療養費で 18000 円/月程度