

FAX

FAX 受付時間は紹介先医療機関にご確認ください。

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 1年

診療情報提供書(もの忘れ連携用)

紹介先医療機関

関東中央 至誠会第二 玉川 松沢
 三宿 東邦大橋 昭和大烏山 大脇

医療機関名

住所

科 先生

TEL

FAX

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 <input type="checkbox"/> 日希望	
<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日()	

医師名

(診療科)

印
科)

フリガナ		男・女	M T S H	年	月	日	才
患者氏名							
住所	〒一		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 振戻
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()

診療情報提供書(世田谷区 もの忘れ診断用)

紹介先医療機関

公立学校共済組合関東中央病院

先生

〒158-8531 世田谷区上用賀 6-25-1
TEL:03-3429-1346(地域医療室直通)
FAX:03-3429-1702(地域医療室専用)

関中 ID :

医師名

印

(神経内科)

フリガナ		男・女	M・T・S・H	年	月	日	才
患者氏名							
住所	〒 一		自宅 TEL	()	携帯 TEL	()	

<既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方>

ご紹介ありがとうございました。結果・診断など以下に報告させていただきます。

【検査報告】

- MMSE _____
- MRI _____
- VSRAD _____
- MIBG _____

【診 断】

- アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 レビー小体型認知症 軽度認知障害
- 加齢に伴う物忘れ その他 () と考えられます。

【コメント】

【今後の予定】

- パスで対応します 半年後 1年後 パスに該当しません

今後のスケジュールは以下の通りです。

アリセプトD錠を処方いたしますので、5mgでのフォローをお願い致します

次回は 年 月頃に予約を取って下さい。

世田谷区もの忘れ診断ネットワーク病院(世田谷区)

病院名	予約連絡先	受け入れ先	一次検査					二次検査			
			問診	神経検査	血液検査	MMSE	HDS-R	MRI	CT	脳血流検査	心臓交感神経検査
医療法人社団和誠会 大脳病院 世田谷区奥沢3-33-13	フロントサービス課 3720-2151(代表)	脳神経外科 もの忘れ外来	○	○	○	○	(○)	○	(○)		
TEL 03-3720-2151(代表) FAX 03-3720-9411(代表)											
公立学校共済組合関東中央病院 世田谷区上用賀6丁目25-1	地域医療室 3429-1346(直通)	神経内科 (認知症外来)									
TEL 03-3429-1171(代表) FAX 03-3426-0326(代表)			○	○	○	○	(○)	○	(○)	○	(○)
至誠会第二病院 世田谷区上祖師谷5丁目19-1	地域医療連携室 3300-0384(直通)	神経内科 もの忘れ外来									
TEL 03-3300-0366(代表) FAX 3307-0013(直通)			○	○	○	(△)	○	○	(△)	△ (委託)	
昭和大学附属烏山病院 世田谷区北烏山6丁目11-11	メディカルサポート センター 3300-5329(直通)	高齢者外来									
TEL 03-3300-5231(代表) FAX 03-3308-9710(代表)			○	○	○				○		
東京都立松沢病院 世田谷区上北沢2丁目1-1	社会復帰支援室 3303-7211(代表)	老人外来									
TEL 03-3303-7211(代表) FAX 3303-7467(直通)			○	○	○	(△)	○	(△)	○	(△)	
日産厚生会 玉川病院 世田谷区瀬田4-8-1	内科外来 3700-1151(代表)	脳神経内科									
TEL 03-3700-1151(代表) FAX 03-3700-2090(代表)			○	○	○		○		○		

世田谷区もの忘れ診断ネットワーク病院(目黒区)

病院名	予約連絡先	受け入れ先	一次検査					二次検査			
			問診	神経検査	血液検査	MMSE	HDS-R	MRI	CT	脳血流検査	心臓交感神経検査
国家公務員共済組合連合会 三宿病院 目黒区上目黒5丁目33-12	地域医療連携室	神経内科	○	○	○		○	○		(△)	(△)
TEL 03-3711-5771(代表) FAX	5724-6474(直通) 5724-6471(直通)										
東邦大学医療センター大橋病院 目黒区大橋2丁目17-6	病診連携室	神経内科 脳神経外科	○	○	○	○	(○)	○	(○)	○	(○)
TEL 03-3468-1251(代表) FAX 03-3468-6191	3468-7385(直通) 3468-6191(直通)										

50音順

○ 認知症における主な検査項目 (○) 必要時に実施
(△) 検査可能