

# 診療情報提供書

関西記念病院 外来担当医師宛

年 月 日 《紹介元医療機関》

患者氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日生( 歳)

住所 \_\_\_\_\_

本患者がつぎのような状態にあるため、診察を依頼します。 **〔受診の緊急性： ある ない〕**

問題となっている症状（○をつける。複数選択可。最も主要なものに下線を）

物忘れが目立つ 性格が変化した 気分が落ち込む ひどく悲しがる 不安がる 怒りっぽい  
活動しない 活動しすぎる 暴力をふるう 物を壊す 非常識なことをする 過剰にほがらか  
自分を傷つける 自殺したがる 現実的でないことを語る 実際にはないものが見えるという  
夜間に落ち着かない 食事が減った 食べ過ぎる 飲酒する 生活上の危険がある  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

主要な症状の具体的状況（特に「どのような生活に支障があるか」について）

介助が必要な日常生活動作（該当するものに○を。複数選択可）

特にない 食事 入浴 排泄 着衣 歩行 外出 買い物 近所づきあい 取引  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

治療中の身体疾患（有無と状況）

主な既往歴

留意すべき検査所見（別紙での添付も可です）

処方内容

その他 参考となる所見や見解（別紙での添付も可です）

同伴予定の家族 [ 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ ]