

- かかりつけ医  
 オレンジチーム

# 認知症診断連携用紙

大阪市認知症疾患医療センター

[ 診療情報提供料(Ⅰ)・認知症専門医療機関連携加算・認知症地域連携加算・認知症専門診断管理料 対応 ]

フリガナ 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 初回
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	TEL	(自宅) ..... (携帯)		<input type="checkbox"/> 2回目以降

簡易テストの結果及び専門診断等の依頼 (かかりつけ医・オレンジチーム ⇒ 専門医療機関へ)					
TEL 医師名	医院名・オレンジチーム名 <input type="checkbox"/>	簡易テスト ※初回のみ	個(≥3)/回答者(本人・家族等) 西暦 年 月 日		
		紹介動機	<input type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 包括等の依頼		
		治療中の病名	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
		現在の病状	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想(ものとりれ妄想) <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
検査等・心理テスト ※任意	<input type="checkbox"/> 別添の検査結果一覧表参照 <input type="checkbox"/> 頭部CT(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 頭部MRI(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 改訂版 長谷川式簡易認知症評価スケール<HDS-R> 点 ※20点以下とは限定しません				
依頼内容	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 頭部CT・MRI <input type="checkbox"/> 進行度評価・経過評価 <input type="checkbox"/> その他検査 <input type="checkbox"/> 即日診断(CT、神経心理検査を事前予約) ※すぐに診断し福祉サービスにつなぎたい、事情があって何度も来院出来ない場合など ( )				
連絡事項	<input type="checkbox"/> 受診への本人の理解等(あり・なし) <input type="checkbox"/> 認知症薬投与歴(アリセプト・ガランタミン・リバスチグミン・メマンチン・抑肝散) <input type="checkbox"/> 日常生活等に関する聞き取りシートを添付しています(地域包括支援センター等作成資料) 付き添いの方はどなたですか ( )				
備考	診察曜日、医師の指定がある場合、こちらに記入ください。				

診察曜日の指定、医師の指定をしていただく際、初診日と再診日が異なることをご了承いただけますようお願いいたします。

保険情報					
保険者名				公費負担番号	
保険者番号				受給者番号	
記号 / 番号			枝番	一部負担金割合	0・1・2・3割
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合 0・1・2・3割		有効期限 開始	西暦 年 月 日
				有効期限 終了	西暦 年 月 日

大阪市立大学医学部附属病院 認知症疾患医療センター

FAX:06-6646-6002 電話相談窓口:06-6645-2896

(オレンジチーム)FAXで認知症診断連携用紙をお送りいただいてから、電話相談窓口までお電話ください。