ＦＡＸ　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・2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
先生

受診歴	無・有（　　年　　月頃）
ID 番号	
受診希望日 □早めに　　□　　月　　日希望 □都合の悪い日・曜日（　　）	

紹介元医療機関名

住所

TEL
FAX

医師名　　印
(診療科　　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（　　）