

## 診療情報提供書

<input type="checkbox"/>	初診用
<input type="checkbox"/>	再診用

令和 年 月 日

紹介先医療機関 : 医療法人社団三原クリニック  
 医師名 : 院長 三原 貴照

紹介元医療機関名  
 住 所  
 医 師 名  
 電話・FAX

④

フリガナ		性別	年齢	生年月日	
患者名		男・女	歳	年	月 日
住所			電話	職業	
疾病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 認知症の有無の判断 <input type="checkbox"/> 周辺症状の改善 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
発症時期	※ もの忘れを自覚し、または周辺が気がついた時期 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和    月    日    ごろ				
症状経過	※ 所見があれば <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 同じことを繰り返し言う・問う・行う <input type="checkbox"/> 約束の日時や場所を間違える <input type="checkbox"/> しまい忘れ・置き忘れが増えた <input type="checkbox"/> 慣れた道でも迷うことがある <input type="checkbox"/> 新しいことが覚えられない <input type="checkbox"/> 会話のつじつまが合わない <input type="checkbox"/> 料理・片付け・計算・運転等のミスが増えた <input type="checkbox"/> 物事に対し意欲がなくなった				
血液検査データ	<input type="checkbox"/> あり (データ添付) <input type="checkbox"/> なし				
治療経過					
現在の処方内容	※ お薬手帳の写し <input type="checkbox"/> あり				

## お願い事項

- (1) 受診の予約については、ご家族より電話にて予約をお取りください。  
 (2) 受診の当日は、この診療情報提供書をお持ちの上、受診してください。

医療法人社団三原クリニック

〒510-0891

住所 四日市市日永西3丁目1-21

電話 059-347-1611

FAX 059-347-1698