様式1

診療情報提供書

☐	初 診 用
☐	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

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	☐ 認知症の有無の判断　☐ 周辺症状の改善　☐ 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 ☐ 平 成　☐ 令 和　　月　　日 ごろ					
症状経過	※ 所見があれば ☑ をご記入ください。 ☐ 同じことを繰り返し言う・問う・行う　☐ 約束の日時や場所を間違える ☐ しまい忘れ・置き忘れが増えた　☐ 慣れた道でも迷うことがある ☐ 新しいことが覚えられない　☐ 会話のつじつまが合わない ☐ 料理・片付け・計算・運転等のミスが増えた ☐ 物事に対し意欲がなくなった					
血液検査データ	☐ あ り （データ添付）　☐ な し					
治療経過						
現在の処方内容	※ お薬手帳の写し　☐ あ り					

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

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。