

『医療機関→相談機関』連絡シート

医療機関→在宅. 相談機関(紹介機関からの診察結果) 相談機関名 宛て

(医療機関記入)

記入年月日 年 月 日

本人氏名	<input type="text"/>	受診機関	医療機関名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		<input type="text"/>	
本人電話番号	<input type="text"/>		主治医	連絡窓口
本人住所	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. 受診日 平成 年 月 日

2. 受診結果 実施したことにチェックをお入れください。また、必要事項にご記入ください。

 診察 検査 指導 中断

【今後の認知症のフォロー】

【診断名, 検査・治療内容, 意見等】

【処方内容】

 自院でのフォロー 他院でのフォロー(医療機関名:) 専門医療機関への紹介(医療機関名:) その他

3. ご本人, ご家族への説明・指導内容

【説明を受けた人】

【内容】

 本人 家族(続柄:) ケアマネジャー その他

4. サービス導入等検討事項

 在宅生活 デイサービスの利用 訪問看護 ヘルパーの利用 ショートステイの利用

 成年後見制度の利用 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用

 趣味の活動を見つける その他()
 施設入所
 入院 精神科 その他(科)

【意見等】

5. 医療機関から相談機関への伝達事項

【相談機関からの問い合わせ方法】

 電話(都合のいい時間帯:) FAX(番号:)

 メール(アドレス:)
6. 次回受診(相談)予定日【平成 年 月 日】または予定時期【 か月後頃】

この書類はご本人又はご家族の了解を得て相談機関に情報提供するものです。