診療情報提供書（奈良市認知症連携：治療報告用）

紹介先医療機関

医療機関名
住所　奈良市
TEL　　－　　－
FAX　　－　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

医師名　　印
（診療科　　科）

フリガナ		男・女	M・T・S・H　年　月　日 （　　）才
患者氏名			

＜既往歴および家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方＞

この度はご紹介いただきありがとうございました。診断結果について以下に報告いたします。

【診断結果】

□加齢に伴う物忘れと考えられ、現時点では認知症の心配はありません。

□軽度認知障害（MCI）と判断されます。

□認知症を発症していると思われます。

□アルツハイマー型認知症　□レビー小体型認知症　□前頭側頭葉型認知症

□脳血管性認知症　□その他の認知症（　　）

□認知症以外の以下の疾患と判断されました。

（　　）

【検査所見・コメント】

□長谷川式（　　点）　□MMSE（　　点）

□MRI　□VSRAD　□CT　□SPECT　□脳波　□MIBG

※実施検査について所見を添付いたします。

■コメント

【治療方針について】

□現状では治療は不要です。

□抗認知症治療薬の投与が必要なため、以下の薬剤の投与が必要と考えます。

■コリンエステラーゼ阻害薬

□アリセプト（　）mg（　）錠（　　）□レミニール（　）mg（　）錠（　　）

□イクセロンパッチ（　）mg（　　）　□リバスタッチパッチ（　）mg（　　）

■ＮＭＤＡ受容体拮抗薬

□メマリー（　）mg（　）錠（　　）

■その他（　　）

□その他

【今後の予定】

□貴院にて経過観察をお続けください

□貴院にて経過観察のうえ（　　ヵ月後）を目処に再診いただくようご協力をお願いします。

□当院でしばらく治療を行った後、貴院へご紹介いたします。