青森新都市病院 患者支援センター行 TEL017-757-8785/FAX:017-788-9902

年 月 日

診療情報提供書 (MCI 疑い紹介用)

紹介元医療機関名

医療	機関	名	:	
診	療	科	:	
担	当	医	:	

平素よりお世話になっております。MCIの検査ご依頼の為、ご紹介申し上げます。

患者氏名: (口 男性 口 女性) 住所: 受診しようと思った最初のきっかけをご記入ください。(簡潔に 1 行程度で結構です) いつ: どのような症状で: ごのような症状で: 「日内DS-R (点 実施日: 年 月 日) 「MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 「その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 「脳画像検査の実施の有無: 口 未実施 口 実施済 (下記にご記入ください) 「頭部 CT 検査 日 解析! 検査 (施行医棒機関: 施行日: 年 月 日)	
住所: 受診しようと思った最初のきっかけをご記入ください。(簡潔に1行程度で結構です) いつ: どのような症状で: 認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済(下記にご記入ください) □ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSEが30点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済(下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	患者氏名: (口 男性 口 女性)
受診しようと思った最初のきっかけをご記入ください。 (簡潔に 1 行程度で結構です) いつ: どのような症状で: 認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	生年月日: 年 月 日 (歳) 電話番号:
いつ: どのような症状で: 認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	住所:
どのような症状で: 認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	受診しようと思った最初のきっかけをご記入ください。(簡潔に1行程度で結構です)
どのような症状で: 認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	
認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	いつ:
認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	
認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	
□ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSEが30点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	どのような症状で:
□ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSEが30点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	
□ HDS-R (点 実施日: 年 月 日) □ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSEが30点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	
□ MMSE (点 実施日: 年 月 日) ※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: ロ 未実施 ロ 実施済(下記にご記入ください)
※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。 □ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	口 HDS-R (点 実施日: 年 月 日)
□ その他 (検査名: 検査結果: 実施日: 年 月 日) 脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済 (下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	ロ MMSE (点 実施日: 年 月 日)
脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済(下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	※HDS-R、MMSE が 30 点であっても本人やご家族が違和感を感じていれば対象となり得ます。
脳画像検査の実施の有無: □ 未実施 □ 実施済(下記にご記入ください) □ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	ロースの州 (桧本夕・
□ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査	日 ての他 (快旦石・ - 快旦和木・ - 天心口・ - 井 - 月 - ロ)
	脳画像検査の実施の有無: ロ 未実施 ロ 実施済(下記にご記入ください)
(施行医療機関: 年 日 日)	□ 頭部 CT 検査 □ 脳 MRI 検査
(201) H. T. (1) H.	(施行医療機関: 年 月 日)