

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： _____（ ☐ 男性 ☐ 女性 ）

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 歳） 電話番号： _____

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

（施行医療機関： _____ 施行日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）