|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | |  | |  | **【地域医療連携パス経過報告書】** | |  | 連携医→豊田厚生病院 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 | | |
|  | JA愛知厚生連　豊田厚生病院 | | | | 脳神経内科 | |  |
|  |  |  |  |  | @REQUESTNAME　医師宛 | |  |
|  | 認知症地域医療連携パスの患者さんについてご報告致します | | | | | | |
|  | 患者氏名 | |  |  | 患者ID | @PATIENTID |  |
|  |  | @PATIENTNAME | | | @PATIE　NTSEXN | @PATIENTBIRTH2 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 報告内容 | |  |  |  |  |  |
|  | １.症状 | □ | 症状安定しており、治療継続・経過観察中 | | |  |  |
|  |  | □ | やや認知機能低下しており、治療継続・経過観察中 | | | |  |
|  |  | □ | 認知機能低下あるいは周辺症状悪化のため、脳神経内科専門医受診を指示 | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ２.内服 | □ | あり |  |  |  |  |
|  |  |  | □ | ドネペジル（アリセプト） | | |  |
|  |  |  | □ | ガランタミン（レミニール） | | |  |
|  |  |  | □ | リバスティングミン（イクセロンパッチ・リバスタッチ） | | |  |
|  |  |  | □ | メマンチン（メマリー） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | □ | なし |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ３.検査 | □ | あり | 長谷川式　　　　　点　／30点 | | |  |
|  |  | □ | なし |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ４.その他 （自由記載 | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 医療機関名 | |  |  | | |  |
|  | 医　師　名 | |  |  | | |  |
|  |  | TEL |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | JA愛知厚生連　豊田厚生病院　地域医療連携課 | | | | |  |  |
|  |  |  |  | [受付時間]　月～金　9：00～19：00 | |  |  |
|  |  |  |  | [TEL]　0565-43-5077 | [FAX]　0565-43-5030 | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ※**本紙を当院へFAXをお願い致します。** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |