|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 |  | **【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。** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |