直通FAX番号　０２４３－２２－３１４３

認知症疾患医療センター　受付票

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

御　　氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者情報			
ID			
患者氏名		性別	
生年月日			
住所	二本松市内　　その他（　　）		

症状	☐ 短期記憶障害　☐ 見当意識障害　☐ 実行機能障害 ☐ 理解力低下　☐ 判断力低下　☐ 感情表現の変化 ☐ 保清が困難　☐ 買い物が困難　☐ 金銭管理が困難 ☐ 家事が困難　☐ 電話をかけることが困難　☐ 移動、外出が困難 ☐ 服薬管理が困難 ☐ 家内外を徘徊している　☐ 食事やトイレの異常行動 ☐ 幻覚や妄想がある　☐ 攻撃的で暴言を吐く　☐ 昼夜逆転して困る ☐ 興奮して大声でわめく　☐ やる気が無く何もしない　☐ 暴力を振るう ☐ 落ち込んで雰囲気が暗い　☐ いつもイライラしている ☐ その他 （　　）

予約日時

令和　　年　　月　　日（　　）　PM＿＿＿：＿＿＿

（医）辰星会枡記念病院　地域連携室