

医師用 もの忘れ相談返信シート

ふりがな		生年月日	年齢	性別	支援者氏名 (所属機関)	()
本人氏名		M・T・S 年 月 日				
本人住所	瑞穂市	連絡先		支援者 連絡先	TEL	
					FAX	

1. 対応内容

- 認知症と診断しました
- 認知症治療薬の投薬を開始しました
- 経過観察していきます
- 専門病院を紹介しました (病院名: _____)
- 認知症ではないと思われます
- (予測される症状の原因)
- 今後も継続して経過観察していきます
- 治療不要と思われます
- その他 (_____)

2. その他ご意見がありましたらご記入ください

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・医師名



※この「返信シート」では診療情報提供料は発生しません