

診療情報提供書【パーキンソン病地域医療連携用】

(様式1)

年 月 日

医療機関名

医療機関名

所在地

先生御机下

医師名

様 (M・T・S・H 年 月 日 : 歳) につきまして
【 ご報告 ・ ご紹介 】 申し上げます。

1. 経過

2. 既往歴

3. 神経学的所見

ADL【自立・部分介助・全介助・寝たきり】 オン・オフ【有・無】 ジスキネジア【有・無】
幻視【有・無】 精神症状(不安・焦燥・抑うつ)【有・無】
その他()

4. 検査所見

5. 診断

- パーキンソン病 (ヤール 度)
パーキンソン症候群 ()
その他 () と考えられます。

6. 今後の方針

- このまま貴院にて経過観察をお願いします。
このまま貴院にて経過観察し、() 後に再診を御指示ください。
当院でしばらく診療いたします(一般身体的疾患については貴院にて診療をお願いいたします)。

7. 処方について

- 現在のお薬の継続をお願いします。
 () を追加をお願いします。
 () に変更をお願いします。

8. ご家族への指導介入について

難病申請【未・済】 介護保険申請【未・済 {区分: }】

9. その他連絡事項

10. 次回、当院の外来予約は (年 月 日) です。