

診療情報提供書【パーキンソン病地域医療連携用】

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申し上げます。

1. 経過

2. 神経学的所見

ADL【自立・部分介助・全介助・寝たきり】 症状の日内変動【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 ()

3. 身体症状の変化 有

無

4. 服薬状況について

5. 相談したいこと

身体症状について 精神症状について 処方薬について 特になし

具体的な内容

6. 今後の方針

当院でしばらく診療します。

このまま当院で経過みてよいか相談したい。

() のため、専門医で経過観察をお願いします。

7. 血液検査データ

有(データ添付)

無