

福島県立ふくしま医療センターこころの杜  
認知症疾患医療センター担当 川上行 TEL0248-42-3111/FAX: 0248-44-2551

年 月 日

## 物忘れ・軽度認知障害(MCI)相談看護外来 紹介状

### 紹介先医療機関名

福島県立ふくしま医療センターこころの杜

医師 石川 大道

看護外来担当 矢野正文

### 紹介元施設名

施設名: \_\_\_\_\_

診療科: \_\_\_\_\_

紹介者: \_\_\_\_\_

平素よりお世話になっております。この度、物忘れ・軽度認知障害（MCI）相談看護外来にご紹介をさせていただきたく存じます。よろしくお願ひいたします。

患者氏名:	( <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 )		
生年月日: 年 月 日 ( 歳)	電話番号:		
住所:			
患者様状況、紹介までの経過			
認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無: <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施済 (下記にご記入ください)			
<input type="checkbox"/> HDS-R ( 点 ) 実施日: 年 月 日			
<input type="checkbox"/> MMSE ( 点 ) 実施日: 年 月 日			
□ その他 (検査名: 検査結果: )		実施日: 年 月 日	
備考 (その他特記事項などありましたら記載ください)			