

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。よろしくお願いいたします。

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)			
<input type="checkbox"/> 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）			