

認知症連携 診療情報提供書 (医師会用)

年 月 日

紹介先 医療機関名

紹介元 医療機関

住所 〒

TEL

FAX

医師名

先生御侍史

患者氏名		男女	生年月日	年 月 日 (才)
------	--	----	------	-----------

患者住所	〒
------	---

かかりつけ医による認知症早期発見のためのスクリーニング (例)
(TOP-Q: Tokyo Primary Questionnaires for Dementia) (工藤 千秋ら老年精医誌 2014年)

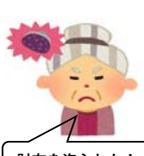
<p>時事計算・誕生日記憶</p> <p>質問</p> <ol style="list-style-type: none"> 例えば、今度の東京オリンピック若しくは何か特別な出来事の場合は何歳? 例えば、前の東京オリンピック若しくは何か特別な出来事の場合は何歳? 誕生日はいつですか? <p>判定</p> <p>すべて正解のみ 「○」 いずれか一つ以上失敗 「×」</p>	<p>キツネ・ハト模倣テスト</p> <p>キツネ ハト</p>  <p>判定</p> <p>いずれか1つ失敗 「×」 両方とも失敗 「×」「×」</p>
--	---

TOP-Qの得点 = 「×」の個数の合計
正常 = 0点

TOP-Qの2点以上 = 「×」数2個以上

出典：東京都福祉保健局医療政策部医療政策課「住み慣れた街でいつまでも認知症の人と家族にやさしいまち東京」(平成30年3月発行)

認知症の可能性あり

	
<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 日時場所わからず
	
<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻覚
	
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 徘徊
	
<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 暴力

できなかった項目にチェック

TOP-Q = 点

ハト

キツネ

時事計算・誕生日記憶

※あてはまる所に を入れてください。

問題となっている症状及び状態

ご返信

ご紹介ありがとうございました。

- 当院でフォローアップ致します。
- 当院よりさらに下記へ転院紹介させていただきます。

《メッセージ欄》

年 月 日

医療機関名 _____ 医師名 _____

TEL _____