

オレンジパス紹介書

初診 再診 患者 ID No. _____

専門医療機関 _____
_____科 先生

かかりつけ医療機関 _____

住所

医師名

TEL () -

FAX () -

ふりがな

氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 才

生年月日 明治 大正 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所（住民票所在地）〒 _____

介護度 自立 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

家族や知人 **連絡先** _____ 同居 _____ 続柄 _____

主介護者 _____ 同・別 _____ TEL () -

副介護者 _____ 同・別 _____ TEL () -

同・別

診断名 (確定 疑い) (診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

病歴

発症時期

① _____ 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

② _____ 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

③ _____ 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

④ _____ 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

⑤ _____ 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

⑥ _____ 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

内服薬（別紙印刷）

添付書類 生化学データ・CT・その他 (_____)

物忘れ診断

発症時期（物忘れを自覚、または周囲の方が気づいた時期） 20 年 月 日頃
物忘れ外来受診のきっかけおよび相談の内容

以下該当項目にチェックしてください。

身体所見及び生化学検査 (20 年 月 日)

- 高血圧 (/)
- 糖尿病 (境界型) (HbA1c 空腹時血糖値 mg/dl)
- 高コレステロール血症 (T-Cho LDL HDL TG)
- 肝機能異常 (ALT AST γ -GTP) アルコール過飲 (有・無)
- 腎機能異常 (Cr UA BUN) 貧血 (RBC Hgb)
- 低アルブミン血症 (alb) 甲状腺機能障害 (TSH F-T3 F-T4)
- V. B1、V. B12 欠乏症 (VB1 VB12)
- 呼吸機能障害 (COPD など) (SpO2 room air)
- 梅毒検査 (STS TPHA)

神経学的検査 (20 年 月 日)

- 片麻痺 (右側 左側) (重度 軽度)
- 歩行障害 (失調歩行 小刻み歩行 前方突進)
- 震戦 (本態性 パーキンソニズム) 無動 固縮
- 腱反射亢進 (両側 右 左) 病的反射 ()
- 垂直性眼球運動障害 頸部後屈
- 失語 (流暢性 非流暢性)
- 構音障害 嚥下障害 (球麻痺 仮性球麻痺)
- 聴力障害 視力障害 ()

認知機能検査

物忘れ外来問診票結果 (20 年 月 日) 合計 点

認知症診断テスト

- OLD (20 年 月 日)
 HSD-R 点 (20 年 月 日)
 MMSE 点 (20 年 月 日)
 CDR 点 (20 年 月 日)
 ADAS 点 (20 年 月 日)
 Hachinski の ischemic score 点 (20 年 月 日)

BPSD (周辺症状) 有・無

過活動性症状

- せん妄 幻覚・妄想 不安・焦燥 徘徊・多動 異食・過食 夜間の不眠

低活動性症状

- 意欲低下 自発性低下 抑うつ 依存 日中の傾眠

具体的症状

薬物治療についての説明 (有・無)

薬物使用に対するご家族の同意 (有・無)

うつ症スクリーニング

うつ症 PHQ-9 Test (20 年 月 日)

うつ症自己診断 SDS Test (20 年 月 日)

うつ診断結果

- 異常なし うつ病の疑い
うつ病性障害 (大うつ病 気分変調症) 双極性障害

顕在性不安尺度

MAS Test (20 年 月 日)

初期認知症徴候観察リスト (Observation List for early signs of Dementia)

長谷川式認知症検査 (HDS-R)

MMSE (Mini-Mental State Examination)

臨床的認知症尺度 (Clinical dementia rating; CDR)

ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale)

画像診断

<input type="checkbox"/> CT (20 年 月 日)
結果
<input type="checkbox"/> MRI/MRA (20 年 月 日)
結果
<input type="checkbox"/> SPECT (20 年 月 日)
結果
<input type="checkbox"/> 脳波 (20 年 月 日)
結果

最終診断名 診断日 (20 年 月 日) / 診断修正日 (20 年 月 日)

<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 (ATD)
<input type="checkbox"/> probable ATD <input type="checkbox"/> possible ATD
重症度 FAST <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> 境界 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> やや高度 <input type="checkbox"/> 高度
<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 (VaD)
<input type="checkbox"/> probable VaD <input type="checkbox"/> possible VaD
重症度
<input type="checkbox"/> レビー小体型認知症診断基準 (DLB)
<input type="checkbox"/> probable DLB <input type="checkbox"/> possible DLB
重症度
<input type="checkbox"/> 前頭側頭葉変性症 (FTLD)
重症度
<input type="checkbox"/> 特発性正常圧水頭症 (iNPH)
<input type="checkbox"/> probable iNPH <input type="checkbox"/> possible iNPH
重症度
<input type="checkbox"/> 混合型 (<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型)
重症度 FAST <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> 境界 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> やや高度 <input type="checkbox"/> 高度
<input type="checkbox"/> うつ病合併 ()
<input type="checkbox"/> 軽度認知機能障害

診断の修正は二重線にて

オレンジパス返信書

初診 再診 患者 ID No. _____

かかりつけ医療機関 _____

医師名 _____ 先生

専門医療機関 _____

_____科

医師名 _____ 先生

ふりがな

氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 才

生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日

診断名 (確定 疑い) (診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)