

平成 26 年 1 月 6 日

地域医療機関 様

医療法人積愛会 横浜舞岡病院
院長 加瀬昭彦

【 認知症が疑われる患者さんの鑑別診断について 】

地域の医療機関の皆様方におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。また、日頃より、当院の運営につきまして多大なるご理解・ご支援を賜っておりますことを深く感謝申し上げます。

さて、この度当院では、認知症疾患の為の「専門医療相談」「鑑別診断および初期対応」「周辺症状への急性期対応」「他医療機関の協力による身体合併症への急性期対応」「研修会の開催及び地域連携の促進」等を通じ一層の地域貢献を図るため、平成 26 年 1 月「認知症疾患医療センター」を開設する運びとなりましたことをご報告申し上げます。今後も、当地域における認知症疾患の保健医療水準向上の為、さらなる努力を重ねて参りますので、よろしくお願い致します。

認知症が疑われる患者さんの当院認知症疾患センターへのご紹介につきましては、「認知症専門医紹介加算（100 点）」に加え、当センターと連携していただきながら患者さんの療養を行うことで「認知症療養指導料（350 点、月 1 回、6 か月まで）」が算定可能です。詳細につきましては、別紙をご参照ください。

つきましては、当院「認知症疾患センター」への認知症鑑別診断のご紹介方法等につきまして、別紙の通りご案内申し上げますので、患者さんのご紹介につきまして、よろしくお願い申し上げます。

《ご連絡・お問い合わせ先》

医療法人積愛会横浜舞岡病院 横浜市認知症疾患医療センター

【相談窓口・鑑別診断予約】

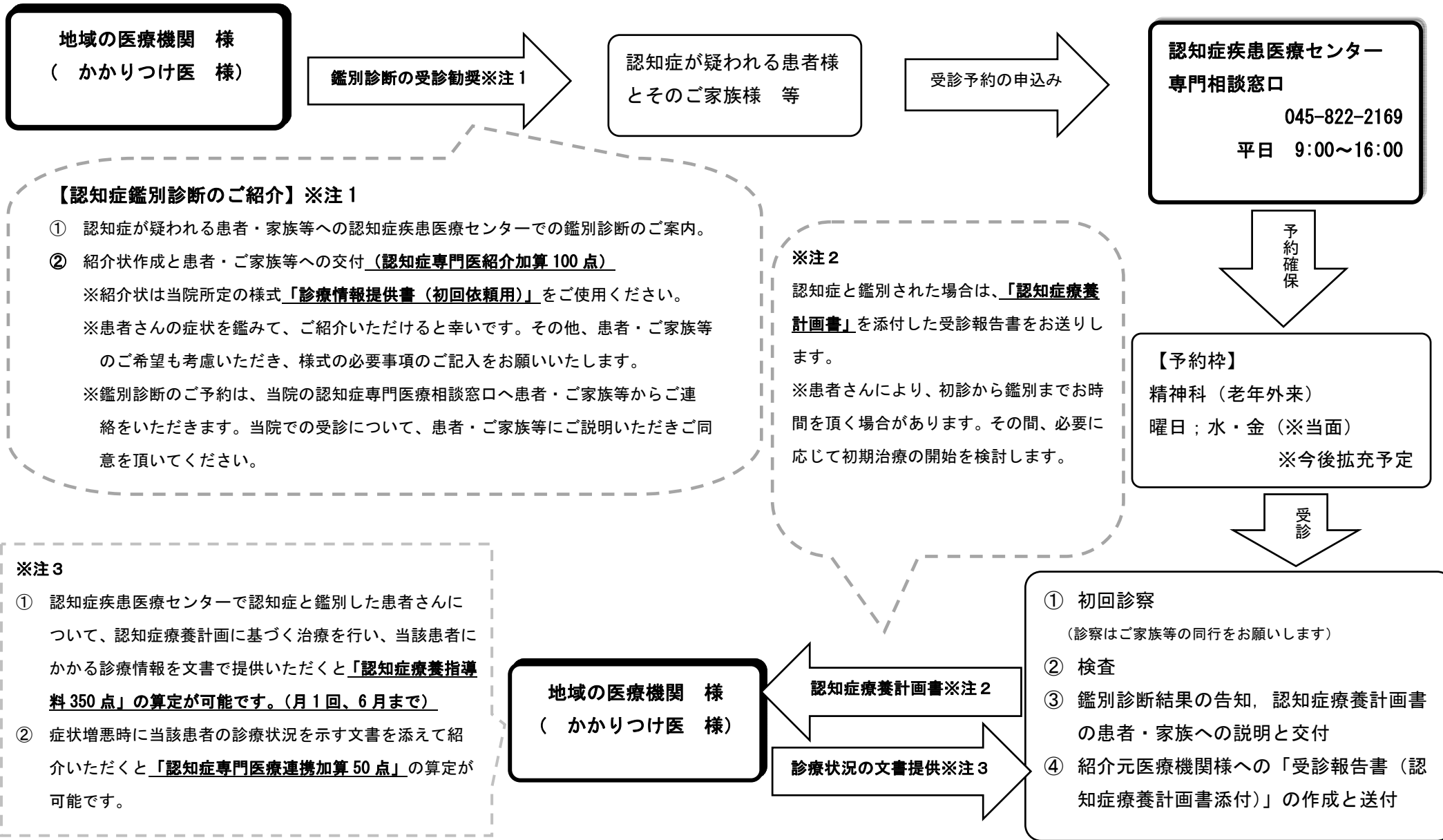
医療相談室 電話 045-822-2169 （平日 9:00～16:00 ）

【研修会等事務局】

事務局 地域連携担当 電話 045-822-2125（代表）（平日 9:00～17:00）

【 認知症が疑われる患者さんのご紹介について 】

平成 26 年 1 月 1 日～
医療法人積愛会 横浜舞岡病院
横浜市認知症疾患医療センター



地域の医療機関 様
(かかりつけ医 様)

鑑別診断の受診勧奨※注 1

認知症が疑われる患者様
とご家族様 等

受診予約の申込み

認知症疾患医療センター
専門相談窓口

045-822-2169

平日 9:00~16:00

予約確保

【予約枠】

精神科 (老年外来)

曜日 ; 水・金 (※当面)

※今後拡充予定

受診

① 初回診察

(診察はご家族等の同行をお願いします)

② 検査

③ 鑑別診断結果の告知, 認知症療養計画書の患者・家族への説明と交付

④ 紹介元医療機関様への「受診報告書 (認知症療養計画書添付)」の作成と送付

認知症療養計画書※注 2

地域の医療機関 様
(かかりつけ医 様)

診療状況の文書提供※注 3

【認知症鑑別診断のご紹介】※注 1

- ① 認知症が疑われる患者・家族等への認知症疾患医療センターでの鑑別診断のご案内。
- ② 紹介状作成と患者・ご家族等への交付 (認知症専門医紹介加算 100 点)
※紹介状は当院所定の様式「診療情報提供書 (初回依頼用)」をご使用ください。
※患者さんの症状を鑑みて、ご紹介いただけると幸いです。その他、患者・ご家族等のご希望も考慮いただき、様式の必要事項のご記入をお願いいたします。
※鑑別診断のご予約は、当院の認知症専門医療相談窓口へ患者・ご家族等からご連絡をいただきます。当院での受診について、患者・ご家族等にご説明いただきご同意を頂いてください。

※注 2

認知症と鑑別された場合は、「認知症療養計画書」を添付した受診報告書をお送りします。
※患者さんにより、初診から鑑別までお時間を頂く場合があります。その間、必要に応じて初期治療の開始を検討します。

※注 3

- ① 認知症疾患医療センターで認知症と鑑別した患者さんについて、認知症療養計画に基づく治療を行い、当該患者にかかる診療情報を文書で提供いただくと「認知症療養指導料 350 点」の算定が可能です。(月 1 回、6 月まで)
- ② 症状増悪時に当該患者の診療状況を示す文書を添えて紹介いただくと「認知症専門医療連携加算 50 点」の算定が可能です。

診療情報提供書(初回依頼用)

紹介先 医療機関名
医療法人積愛会 横浜舞岡病院
横浜市認知症疾患医療センター

紹介医療機関名

精神科 担当医 様

所在地

()先生

電話 ; ()

初診日; 年 月 日

FAX ; ()

病名;

医師名

フリガナ		男・女	明・大・昭・平;	年	月	日生	才
患者氏名							
住所	〒	-	電話;	()			
			携帯;	()			

【紹介の趣旨】

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ご本人からの精査希望 | <input type="checkbox"/> 家族からの精査希望 |
| <input type="checkbox"/> かかりつけ医からの精査要請 | <input type="checkbox"/> 介護サービス導入 |
| <input type="checkbox"/> 抗認知症治療薬の(導入・調整) | <input type="checkbox"/> 介護スタッフ(ケアマネ等)の勧め |
| <input type="checkbox"/> BPSD(精神症状・行動の異常)の治療 | <input type="checkbox"/> その他() |

【当事者が最も困っていること】

本人・家族・介護者(○をつけてください)

[]

【病状の経過、検査結果、(CT、MRI、HDS-Rなど)分かる範囲で簡単にお書きください】

[]

【既往歴・治療状況】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (治療中・未治療) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (治療中・未治療) |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症(治療中・未治療) | <input type="checkbox"/> 心臓病 (治療中・未治療) |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害(治療中・未治療) | <input type="checkbox"/> 過度の飲酒歴 |
| <input type="checkbox"/> 向精神薬の内服(あり;薬品名) | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

【内服薬】

[]