

# 公立甲賀病院認知症サポートチーム連絡票

氏名 (イニシャル)	( . )様	住所	市
---------------	--------	----	---

※個人情報のためイニシャルで記載してください。

\*この用紙は診療情報提供書とともにFAXしていただければ幸いです。

## 【 貴院への照会事項 】

- ・貴院での不眠時の指示(内服できる時、内服できない時の各薬剤について)
  
- ・貴院での不穏時の指示(内服できる時、内服できない時の各薬剤について)
  
- ・非薬物療法で落ち着く方法(例:塗り絵、折り紙)
  
- ・その他

\*この用紙は、  
「公立甲賀病院HP→医療関係者の方へ→地域医療連携部→地域医療支援→病診連携チーム  
→紹介患者さんの診察、検査等の予約業務」に書式がありますのでご活用ください。