

検診結果票 (案)

医療機関→神戸市提出用

1. 氏名 (^{しめい})	男・女
生年月日 (年 月 日 歳)	
住所 ()	
2. 認知機能検査所見 (実施日 年 月 日)	
HDS-R () 点	←原本のコピーを添付
次の所見がある場合はチェックして具体的に記載	
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり ()	
<input type="checkbox"/> BPSD あり ()	
3. 検診結果 (あてはまるものにチェックする)	
<input type="checkbox"/> 認知症の疑いである。	
<input type="checkbox"/> 認知症の疑いでない。	

☆「認知症疑い」の方は精密検査 (医療保険適応) が必要です。

☆対象者には、精密検査依頼書 (書式未定) を持参して精密医療機関 (別リスト作成予定) を受診するようご指導ください。併せて、運転免許返納をしたい方には、神戸市作成のパンフレットをお渡しください。

年 月 日

医療機関の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印