

弟子屈町  
もの忘れ 受診連携シート

2019/7/5 版

記入日	令和		年		月		日	記入者名		所属機関							
受診者	氏名							生年月日		年		月		日	年齢		歳
	住所									電話			性別				
同行者	氏名					本人との関係			連携シート利用の承諾	有	(	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	)	<input type="checkbox"/> 無		
1 受診目的(当てはまる項目に●を入れて下さい。)																	
<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 専門医の診断 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 要介護認定の意見書 <input type="checkbox"/> BPSDコントロール <input type="checkbox"/> 認知症の治療 ( <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 薬剤調整 <input type="checkbox"/> 病気の説明 <input type="checkbox"/> 予後の説明 <input type="checkbox"/> 生活上の助言 ) <input type="checkbox"/> 成年後見制度の活用(鑑定診断など) その他 (                      )																	
☆ 受診に至った経緯																	
2 認知症の経過について、症状の出現の仕方(家族や周囲の人が認知症に気づいてからの経過、対応等)																	
☆ 現在、困っている症状はいつ頃から? { 今から約 <input type="text"/> 年・ <input type="text"/> か月 <input type="text"/> 週間 } 前																	
☆ どのような症状か {                      }																	
☆ 今、困っていること(本人・家族・関係者)(当てはまる項目に●を入れて下さい。)																	
<input type="checkbox"/> 食欲低下 (疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> もの忘れ (自覚 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 物事の段取りが上手できない (調理・旅行計画等) <input type="checkbox"/> 脱水傾向 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 体重の変化 ( <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 ) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 金銭管理が困難 <input type="checkbox"/> 手足に力が入らない <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴等 <input type="checkbox"/> 性格の変化 <input type="checkbox"/> 主治医に相談しづらい <input type="checkbox"/> 手足のふるえ <input type="checkbox"/> こだわりのある行動 <input type="checkbox"/> 服薬管理が困難 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 異常な食欲 ( <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 異食 ) <input type="checkbox"/> 介護拒否 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ) <input type="checkbox"/> 転倒していないのに急に歩けなくなった <input type="checkbox"/> 外出して戻れない(徘徊) <input type="checkbox"/> 介護者の認知症の理解 <input type="checkbox"/> 症状の急激な進行 <input type="checkbox"/> 本人の暴力 (対象 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 不特定 ) <input type="checkbox"/> 家族関係が悪く、介護力が不足																	
その他具体的に																	
☆ かかりつけ医の紹介状    【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】																	
3 認知症の診断について																	
☆ 認知症の診断の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】    診断年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日																	
・ 診断名: <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) ・ はじめに気づいた症状 (                      ) ・ 症状に気づいた時期 (                      ) ・ 心理検査:                      HDS-R (                      ) 点                      MMSE (                      ) 点 ・ 医療機関名: (                      ) ・ 医師名: (                      )																	
4 既往歴 (当てはまる項目に●を入れて下さい。)																	
☆ 医療機関受診状況の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】    ☆ 主な疾患名 (                      )																	
☆ 医療機関名 (                      )    ☆ 医師名 (                      )																	
☆ 受診・投薬状況の問題    【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 】    ☆ 副作用の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】																	
☆ 現在の投薬内容    ※欄が足りない場合は「6 自由記載欄」にご記入下さい																	
☆ 脳血管疾患の既往の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】    → ある場合、病名 (                      )																	
☆ 頭部外傷の既往の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】    → ある場合、傷病名 (                      )																	
☆ 心疾患の既往の有無    【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】    → ある場合、病名 (                      )																	
☆ 生活習慣病の有無    【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】    → ある場合、病名 (                      )																	
☆ 若いときに精神疾患の既往があったかどうかの有無    【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】																	

弟子屈町

5 生活状況、本人の状態について（当てはまる項目に●を入れて下さい。）

- ☆ 日常生活状況
- |         |                               |                               |                              |                               |   |
|---------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|
| 食事      | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 移動      | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 排泄      | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 掃除洗濯    | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 服薬管理    | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 調理      | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 買物      | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 入浴      | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 金銭・財産管理 | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
| 医療機関の受診 | <input type="checkbox"/> 一人でも | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

☆ 趣味など本人が好んでいること・好んできたこと(嗜好品を含む)、職歴など  
 飲酒 【 有:1日（ ）合 無 】 タバコ 【 有:1日（ ）本 無 】  
 飲酒をはじめた時期 【 歳頃から 】 タバコをはじめた時期 【 歳頃から 】

☆ 経済状況（月額 円）  
 【 不明 国民年金 遺族年金 厚生年金 無年金 生活保護 その他（ ） 】

☆ 経済状況の課題 【 あり なし 】  
 ▶ ありの場合、具体的に（ ）

☆ 健康保険の種類  
 【 不明 後期高齢 国保 政管健保 組合健保 共済 日雇い その他（ ） 】

☆ 関わっている機関・関係機関のかかわりの経過  
 [ ]

☆ サービスを利用するまでの経過  
 [ ]

☆ 要介護度  
要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5  
 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

・ 公的サービス  
 ( )

・ 非公的サービス  
 ( )

☆ 居宅介護支援事業所  
 ( )

☆ 介護者の有無 【 あり なし 不明 】

☆ キーパーソン 【 あり なし 不明 】  
 ▶ ありの場合、続柄など（ ）  
 氏名（ ） 歳（ ） 連絡先（ ）

☆ 介護者の状況について特記すべき点があれば記載して下さい。  
 (理解力・判断力)

☆ 家族構成

\* 他の家族の状況(年齢・就労など含む)

6 自由記載欄（その他、何か特にお伝えしたい内容などありましたらご記入ください）

記載者

事業所名

連絡先

担当者

欄が足りない場合は別紙にご記入ください 別紙記入(あり・なし)

別紙:自由記載欄(様式に記入できなかった内容など)