

連携シート（表面）

H24.3.30作成

記入者	送付日	年 月 日 [<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目)]	受付者	
	記入者氏名	TEL		

本人の 基本 情報	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
	本人氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号
	本人住所			
<input type="checkbox"/> 在宅 ⇒ <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居(世帯状況) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 ⇒ () ⇒ 入所(院)日: 年 月 日				

相談の 内容	相談目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 認知症の受診・治療 (<input type="checkbox"/> 服薬コントロール <input type="checkbox"/> BPSDコントロール <input type="checkbox"/> 入院希望) <input type="checkbox"/> 要介護認定意見書 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 生活相談 <input type="checkbox"/> その他 ()																											
	相談主訴	※該当する項目に☑をつけ、下記に具体的な状況や困りごとを記載してください。																											
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食欲低下 (疾患: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</td> <td><input type="checkbox"/> もの忘れ (自覚: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</td> <td><input type="checkbox"/> 物事の段取りがうまくできない (調理・旅行計画等)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脱水傾向 <input type="checkbox"/> 尿失禁</td> <td><input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> せん妄</td> <td><input type="checkbox"/> 金銭管理が困難</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 体重の変化 (<input type="checkbox"/>増 <input type="checkbox"/>減)</td> <td><input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想</td> <td><input type="checkbox"/> 主治医に相談しづらい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手足に力が入らない</td> <td><input type="checkbox"/> 幻視・幻聴等 <input type="checkbox"/> 性格の変化</td> <td><input type="checkbox"/> 服薬管理が困難</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手足のふるえ</td> <td><input type="checkbox"/> こだわりのある行動</td> <td><input type="checkbox"/> 介護拒否 (<input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい</td> <td><input type="checkbox"/> 異常な食欲 (<input type="checkbox"/>過食 <input type="checkbox"/>異食)</td> <td><input type="checkbox"/> 介護者の認知症の理解</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 転倒していないのに急に歩けなくなった</td> <td><input type="checkbox"/> 外出して戻れない(徘徊)</td> <td><input type="checkbox"/> 家族関係が悪く、介護力が不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 症状の急激な進行</td> <td><input type="checkbox"/> 本人の暴力 (対象: <input type="checkbox"/>特定 <input type="checkbox"/>不特定)</td> <td></td> </tr> </table>					<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"/> 物事の段取りがうまくできない (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"/> 金銭管理が困難	<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"/> 主治医に相談しづらい	<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"/> 服薬管理が困難	<input type="checkbox"/> 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> こだわりのある行動	<input type="checkbox"/> 介護拒否 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)	<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"/> 介護者の認知症の理解	<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"/> 家族関係が悪く、介護力が不足	<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"/> 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"/> 物事の段取りがうまくできない (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"/> 金銭管理が困難																										
<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"/> 主治医に相談しづらい																											
<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"/> 服薬管理が困難																											
<input type="checkbox"/> 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> こだわりのある行動	<input type="checkbox"/> 介護拒否 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)																											
<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"/> 介護者の認知症の理解																											
<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"/> 家族関係が悪く、介護力が不足																											
<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)																												
※今回の症状は、いつごろから、どのように(具体的に)																													
※日常生活の困りごとなど(具体的に)																													
相談経路	本人・家族・担当ケアマネ・かかりつけ医・民生委員・近隣・その他()																												
※かかりつけ医の紹介状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 医療機関名()																													

認知症	診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	心理検査	<input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMSE 点	
	医療機関名	医師名		診断年月日 年 月 日	
	診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
			認知症日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
※はじめに気づいた症状や時期					
※現在の治療状況など					

病気 (認知症以外)	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ (医療機関名 医師名) <input type="checkbox"/> 不明
	主な疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ (内容) <input type="checkbox"/> 不明
	薬の服用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ (内容) <input type="checkbox"/> 不明
	※副作用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ (内容) <input type="checkbox"/> 不明
	既往歴	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患() <input type="checkbox"/> 頭部外傷() <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> 生活習慣病() <input type="checkbox"/> 若いときに精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明

