

認知症疾患医療センターへの受診等にあたっての連絡票（表面）

H29.4.1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 ( ) (理由)		
	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。		
		<input type="checkbox"/> 食欲低下 (疾患: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 脱水傾向 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 体重の変化 ( <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減) <input type="checkbox"/> 手足に力が入らない <input type="checkbox"/> 手足のふるえ <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 転倒していないのに急に歩けなくなった <input type="checkbox"/> 症状の急激な進行	<input type="checkbox"/> もの忘れ (自覚: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴等 <input type="checkbox"/> 性格の変化 <input type="checkbox"/> こだわりのある行動 <input type="checkbox"/> 異常な食欲 ( <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 異食) <input type="checkbox"/> 外出して戻れない(徘徊) <input type="checkbox"/> 本人の暴力 (対象: <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 不特定)	<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"/> 金銭管理が困難 <input type="checkbox"/> 主治医に相談しづらい <input type="checkbox"/> 服薬管理が困難 <input type="checkbox"/> 介護拒否 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 介護者の認知症の理解 <input type="checkbox"/> 家族関係が悪く、介護力が不足
		※今回の症状は、いつごろから、どのように、はじめて気づいた症状など(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( )		
		※かかりつけ医との相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 医療機関名 ☆紹介状【有・無】		
		※受診に関してご本人にはどのように説明していますか。		

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	
	※現在の治療状況など			

認知症以外の病気	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		
	疾患名	<input type="checkbox"/> 不明		
	薬の服用	☆お薬手帳【有・無】 <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"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明		
		ペースメーカー (有・無) 体内の金属 ( )		

認知症疾患医療センターへの受診等にあたっての連絡票（裏面）

H29.4.1作成

<b>介護者</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				<b>家族構成</b>	
氏名	( 歳代 )		続柄	( )		
連絡先	( )					
※介護者等の状況						
※キーパーソン氏名			続柄	( )		
連絡先	( )					
<b>介護認定</b>	<input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 要支援 ( )	<input type="checkbox"/> 要介護 ( )	(有効期間	~ )
	<input type="checkbox"/> 未申請		<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日	年	月	日 ) <input type="checkbox"/> 不明
<b>ケアマネジャー</b>	事業所名			担当者名		
<b>障害自立度</b>	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			<b>障害手帳</b>	級 ( 精・身・知 )	
<b>介護サービス利用状況</b>	<input type="checkbox"/> 訪問介護	/W	<input type="checkbox"/> 訪問看護	/W	<input type="checkbox"/> 通所介護	/W
	<input type="checkbox"/> 短期入所	/M ( )	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	( )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				<input type="checkbox"/> 不明	
<b>日常生活の状況</b>						
本人の生活状況	食 事	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<b>一日の流れ</b>
	移 動	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ( )	:
	排 泄	<input type="checkbox"/> 一人で可	<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"/> 一人で可	<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"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ( )	:
	調 理	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ( )	:
	買 物	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ( )	:
	入 浴	<input type="checkbox"/> 一人で可	<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"/> 一人で可	<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"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ( )	:
<b>本人の生活歴</b>	※生育歴・学歴・職歴など					
<b>性格や趣味</b>	※楽しみ・嗜好など					
<b>経済状況</b>	月額 / 収入		円 (支出		円) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 国民年金	
	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 共済年金	<input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 無年金	<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明
※経済的な課題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明						
<b>その他の関わり</b>	<input type="checkbox"/> 民生委員		<input type="checkbox"/> 隣人	<input type="checkbox"/> 友人	<input type="checkbox"/> 町内会長	<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明
※関わっている機関や団体とその関わりの内容、頻度など						

<b>同意</b>	※個人情報の提供に関する同意					
	<input type="checkbox"/> 可 => [ <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 口頭 ( 同意者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ) ] <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未確認					

<b>自由記述欄</b>	※別紙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--------------	---