

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)

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。 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食欲低下 (疾患: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: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: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、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 <input type="checkbox"/> 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
	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・II a・II b・III a・III b・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			
	薬の服用	<input type="checkbox"/> 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"/> ペースメーカー (有・無) <input type="checkbox"/> 体内の金属 ( )
	<input type="checkbox"/> 心疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 生活習慣病 ( ) <input type="checkbox"/> 精神疾患		<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			

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)

<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"/> デイケア /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						

同意	※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
----	--

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