

医療・介護連携シート(認知症対応)

介護支援専門員・包括 ⇒ 医療機関
(紫波郡医療介護連携支援センター調整 H28.12)

記入日: 令和 年 月 日

受診予定日: 令和 年 月 日 予定・未定

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 記入者 | 氏名: | 所属: | 電話: |
|-----|-----|-----|-----|

このシートは、医療機関への情報提供を的確に伝えることを目的としています。

| | | | |
|------|---|---------|------------|
| 受診者 | 氏名: | 生年月日: | 年 月 日 (歳) |
| | 住所: | | |
| | 世帯状況: <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 () 人家族 | | |
| 同行者 | 氏名: | 連絡先TEL: | 本人との関係 () |
| 受診目的 | <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 認知症の治療の相談 (<input type="checkbox"/> 服薬の必要性 <input type="checkbox"/> 病気の説明 <input type="checkbox"/> 生活上の助言) <input type="checkbox"/> BPSD対応 <input type="checkbox"/> 要介護認定意見書 <input type="checkbox"/> その他 () | | |

【認知症の経過】

○ 今回の症状はいつ頃から? ⇒ 今から約 () 年・月・日 前
 どのように?(具体的に) ⇒ ()

| | |
|--|--|
| 今、困っていること | <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 脱水傾向 <input type="checkbox"/> 体重の変化 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> ふらつき |
| | <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 手足の震え <input type="checkbox"/> 急に歩けなくなった |
| | ≪本人≫ <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> 困っていない |
| | <input type="checkbox"/> 物忘れ (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"/> こだわりのある行動 <input type="checkbox"/> 幻視や幻聴 <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 <input type="checkbox"/> 性格の変化 <input type="checkbox"/> 本人の暴力 (対象: <input type="checkbox"/> 特定・ <input type="checkbox"/> 不特定) |
| | ≪家族≫ <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> 困っていない |
| ≪関係者≫ <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> 困っていない | <input type="checkbox"/> 物事の段取りがうまくできない(調理等) <input type="checkbox"/> 介護拒否 (<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 日常生活が困難 (<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 金銭管理) <input type="checkbox"/> 介護力不足 (<input type="checkbox"/> 理解不足 <input type="checkbox"/> 関係が悪い <input type="checkbox"/> 独居や高齢世帯) |
| | その他具体的に [] |
| 過去の診断の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳ 診断日: 年 月 日 診断名: <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 () 医療機関名: () 医師名: () |

【既往歴】

| | | | |
|----------------------|---|-------|---|
| 医療機関受診状況 (歯科受診含む) | 病名: | 医療機関: | 服薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 病名: | 医療機関: | 服薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 病名: | 医療機関: | 服薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 投薬内容: | | |
| 精神疾患の既往 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| かかりつけ医の紹介状 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |

