

記入日: 平成 年 月 日		記入者名:		所属機関:																												
受診者	氏名:	生年月日: (明・大・昭・平)	年	月	日																											
	住所:				年齢: 歳																											
同行者	氏名	本人との関係()																														
1 受診目的(当てはまる項目に☑チェックする。)																																
<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(周辺症状)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) <input type="checkbox"/> その他																																
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)																																
☆ 今回の症状はいつ頃から? [今から約 ()年・()ヵ月()週間] 前 どのように?(具体的に) _____																																
☆ 今、困っていること(本人・家族・関係者) (当てはまる項目に☑チェックする。)																																
<table border="0" style="width:100%;"> <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</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> <tr> <td><input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 性格の変化</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"/> 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"/> _____	<input type="checkbox"/> 性格の変化	
<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"/> 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"/> _____	<input type="checkbox"/> 性格の変化																															
その他具体的に [_____]																																
☆ かかりつけ医の紹介状 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 】																																
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: _____年 月 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"/> 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: <input type="checkbox"/> HDS-R()点 <input type="checkbox"/> MMSE ()点																																
・ 医療機関名:() ・ 医師名:()																																
4 既往歴 (当てはまる項目に☑チェックする。)																																
☆ 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 】																																
☆ 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 ・ 診療科目																																
・ 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 ()																																

5 生活状況、本人の状態について(当てはまる項目に☑チェックする。)

☆ 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(_____ 歳代) 連絡先(_____)

☆家族構成

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

☆ 経済状況 (月額 _____ 円) * 他の家族の状況(年齢・就労など含む)
 【 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(_____) 】【

☆ 日常生活状況

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(_____)
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(_____)

☆ 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】

☆ 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
未申請 申請中 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2
非該当 要介護3 要介護4 要介護5

☆ 現在利用中のサービス
 ・公的サービス 訪問介護 通所介護 通所リハビリ 福祉用具貸与 短期入所生活介護
短期入所療養介護 住宅改修 その他(_____)

・非公的サービス 民生委員 ネットワーク推進員 隣人 友人等

☆ 居宅介護支援事業所(_____ Tel _____) 担当者(_____)

6 その他、何か特にお伝えしたい内容などありましたらご自由にご記入ください。別紙に記載【あり なし】

別紙：自由記載欄（様式Cに記入できなかった内容など）

「認知症の人の受診のための連携シート(略:認知症連携シート)」 様式C-1の活用の手引き

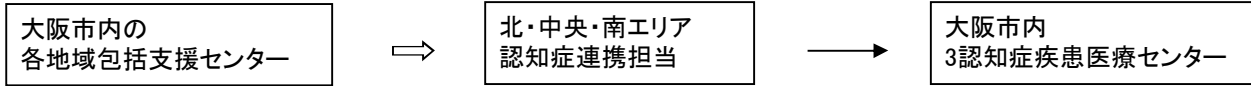
平成26年1月31日 活用の手引き改訂

☆ 目的

1. 地域包括支援センターから認知症疾患医療センターへの受診をスムーズにする。

新規ケース等の鑑別診断・治療等の依頼について、認知症連携担当者、地域包括支援センターが連携を取り、認知症疾患医療センターへの円滑な情報提供と依頼を行い、スムーズな連携を図るため。

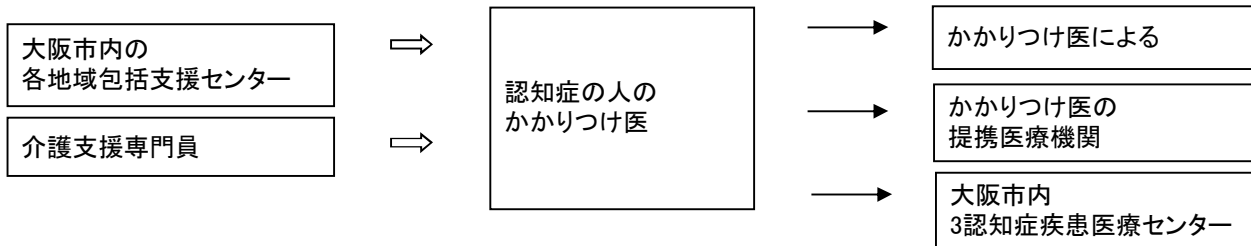
例) 大阪市の場合 ※他市でのご活用にあたっては、各市の状況に応じてご調整ください。



2. 地域包括支援センターや介護支援専門員が、かかりつけ医の先生に、認知症に関する相談を行う際に活用する。

認知症に関する相談をかかりつけ医の先生に行う際、かかりつけ医の先生への円滑な情報提供と依頼を行い、スムーズな連携を図るため。

例) 大阪市の場合 ※他市でのご活用にあたっては、各市の状況に応じてご調整ください。



☆ 認知症連携シート記載のポイント

- ① 本シートは、担当医が診断・判断をする上で、必要な情報がまとめられるようになっています。「受診目的」、「認知症の経過や症状」等、支援者が面談時までには的確な情報収集を行うことで、受診時の問診等、時間の短縮を図ることができます。
- ② 本シートは、医療面・生活面・社会面の情報が記載できるようになっています。ケースの支援状況により、記載できない場合は、今後、聞き取りが必要な項目としてご確認ください。
- ③ 本シートの「自由記載欄」については、その他診療に必要な情報を簡潔にまとめて記載をするようにしてください。

☆ 受診のポイント

1. かかりつけ医より認知症疾患医療センターや他の医療機関の紹介を受けた場合

- かかりつけ医から処方された薬、検査結果等は、まとめて持参してください。
- かかりつけ医からの紹介先医療機関を受診後は、診療結果をかかりつけ医宛てに記載していただくようにしてください。

2. 通常の診療以外の相談をする場合

- 担当医の予定や他のクライアントの状況により、日程調整が必要な場合があるので、突然受診や訪問をするのではなく、あらかじめ受付等に相談するようにしてください。
- 診断書等の記載の必要な場合には、担当医にまず相談してから持参するようにしてください。

3. 受診時の付き添い

- 本人と家族が別々に担当医の説明を聴くことができるとよいので、できるだけ付き添いは複数の方がよいでしょう(家族の同席がない場合には、事前に情報を整理しておきましょう)。
- 本人が診察時間まで待てないと予想される場合も、付き添いがあるとよいでしょう。
- 専門職の付き添いがない場合は、事前に相談内容をまとめて伝えておくか、書面にして家族に持参してもらうほうがよいでしょう。
- 本人の日頃の様子わかる家族や援助者に付き添ってもらいましょう。
- 付き添うことで、その後の病院や診療所との連絡が取りやすくなります。初診日は、長時間の診療が予想されます。時間の余裕をもって行動しましょう。