

「物忘れ外来受診のための連携シート」記載の手引き

物忘れ外来受診のための連携シート 山口県立こころの医療センター 認知症疾患医療センター

		No1		
記入日	年 月 日	所属機関		
記入者名		連絡先	— —	
基本情報	アフリカ	生年月日	大・昭 年 月 日 歳	
	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 TEL — —	
	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 (施設名:) ⇒ 入所(院)日 年 月 日		
	介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	家族構成	
	氏名	(歳) 続柄()	【記載例】	
	連絡先	— —	H▲年逝去 心筋梗塞	
	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。		A市に在住 精神科通院中	
	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
	氏名	(歳) 続柄()		
	連絡先	— —		
相談の内容	1. 受診目的	(該当する項目にチェックしてください)		
	2. 相談主訴	(該当する項目にチェックし、下記に具体的な状況や困りごとを記載してください)		
既往歴	3. 既往歴	(該当する項目にチェックしてください)		
	4. 認知症の診断	(該当する項目にチェックしてください)		
現病歴	心理検査	HDS-R 点 MMSE 点		
	現在の治療・服薬状況など	薬の服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		

【家族構成】
同居している人が分かるように記載して下さい。

【受診目的】
必要に応じて複数
をチェックして下さい。

【相談主訴】
診断に大切な情報と
なりますので、可能
な範囲で再確認し、
具体的な内容を記載
して下さい。

【既往歴】
手術等を受けられた
場合は、その旨も記
載して下さい。

【治療・服薬状況】
薬の変更等がある
場合も、分かるよう
に記載して下さい。

※参考資料：大阪市内認知症疾患医療センター「認知症の人の受診のための連携シート」

※ 事業所内で作成されている基本情報シートを添付される場合は、No.2は省略可能です。
(No.1 は記載をお願いします。)

物忘れ外来受診のための連携シート 山口県立こころの医療センター
認知症疾患医療センター

No.2

生活状況	5. 生活状況/本人の状況 (該当する項目にチェックしてください)	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 (有効期間 ~) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 年 月 日)
	ケアマネジャー	専業所名 _____ 担当者名 _____ TEL _____
	介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> デイサービス /W <input type="checkbox"/> 訪問看護 /W <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 訪問介護 /W <input type="checkbox"/> 短期入所 /M <input type="checkbox"/> 不明
	障害者手帳	級 (_____) 種別 (_____)
	日常生活状況	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 杖・補助具・車椅子
	排泄洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
生活リズム	入眠 _____ 時頃 起床 _____ 時頃 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
生活歴(生活歴・学歴・職歴等)		
性格や趣味(楽しみ・嗜好など)		
飲酒【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1日 (_____) 】 タバコ【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1日 (_____) 本】 飲酒を始めた時期【 _____ 歳頃から 】 吸っていた時期【 _____ 歳頃まで 】		
経済状況 (該当する項目にチェックしてください。特に異変があれば、記入は不要です)		
経済状況の把握 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 不明		
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(_____ 級) <input type="checkbox"/> 無年金 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 不明		
その他の関わり <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"/> 市町 <input type="checkbox"/> 初期集中支援チーム <input type="checkbox"/> 健康福祉センター <input type="checkbox"/> 基幹型地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
※関わっている機関とその関わりの内容、頻度など		
自由記述欄	6. 自由記述欄 (別紙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	

【介護保険】
担当ケアマネジャー及びサービスの利用状況についても記載して下さい。

【生活リズム】
配偶者との死別や外出・社会参加等の減少がある場合も記入してください。

【経済状況】
特に課題がなければ、記入は不要です。

【自由記述欄】
その他の情報や困り事など、何かあればご記載下さい。

※参考資料:大阪市内認知症疾患医療センター「認知症の人の受診のための連携シート」

【問い合わせ先】
山口県立こころの医療センター
認知症疾患医療センター
住所 宇部市大字東岐波 4004-2
TEL 0836-58-5950
FAX 0836-58-6503
E-mail kokoro.ddmc@ymghp.jp