|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人の基本情報****※１** | フリガナ |  | 生年月日 | 大･昭　　　年　　　月　　　日　　　歳 |
| 本人氏名 |  | [ ] 男 [ ] 女 | 電話番号 |  |
| 本人住所 |  |
| 　[ ] 在宅 ⇒ [ ] 単身 [ ] 同居（世帯状況　　　　　　　　　　　）　 [ ] その他　（　　　　　　　）[ ] 施設 [ ] 病院 ⇒ （　　　　　　　　　　　）　⇒　入所（院）日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　年　　　月　　　日 |

平成29年9月更新

**大館市認知症連携シート**（表面）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入者 | 送付日 | 平成　　年　　月　　日　[[ ] 新規　[ ] 継続（　　回目）] | 受付者 |  |
| 記入者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談の内容 | 相談目的 | [ ]  鑑別診断 [ ]  認知症の受診･治療（ [ ]  服薬ｺﾝﾄﾛｰﾙ [ ]  BPSDｺﾝﾄﾛｰﾙ [ ]  入院希望） |
| [ ] 要介護認定意見書　 [ ] セカンドオピニオン　 [ ] 生活相談　 [ ] その他（ 　 )※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。 |
| 相談主訴 |  | [ ] 物事の段取りがうまくできな い　（調理･旅行計画等）[ ] 金銭管理が困難[ ] 主治医に相談しづらい[ ] 服薬管理が困難[ ] 介護拒否（[ ] 本人 [ ] 家族）[ ] 介護者の認知症の理解[ ] 家族関係が悪く､介護力が不足[ ] もの忘れ（自覚:[ ] 有 [ ] 無）[ ] 意欲低下　　[ ] せん妄[ ] 収集癖　　　[ ] 物盗られ妄想[ ] 幻視･幻聴等　[ ] 性格の変化[ ] こだわりのある行動[ ] 異常な食欲（[ ] 過食[ ] 異食）[ ] 外出して戻れない（徘徊）[ ] 本人の暴力　（対象: [ ] 特定 [ ] 不特定） |
| [ ] 食欲低下（疾患:[ ] 有 [ ] 無）[ ] 脱水傾向　　　 [ ] 尿失禁[ ] 体重の変化　（ [ ] 増 [ ] 減）[ ] 手足に力が入らない[ ] 手足のふるえ　[ ] ふらつき　　　[ ] 疲れやすい[ ] 転倒していないのに急に歩けなくなった[ ] 症状の急激な進行 |
| ※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（　　　　　　　　　　　　） |
| ※かかりつけ医と相談　　 [ ]  有 [ ]  無　⇒医療機関名　　　　　 　☆紹介状【　有　　・　　無　】※受診に際してご本人にどのように説明していますか。　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認知症 | 診断の有無 | [ ] 有　　 [ ] 無　　 [ ] 不明 | 心理検査 | [ ] HDS－R　　　 　点　　[ ] MMSE　　　 　点 |
| 医療機関名 | 　　医師名 | 診断年月日 | 平成　　　年　　月　　日 |
| 診断名 | [ ] アルツハイマー型認知症 [ ] レビー小体型認知症 [ ] 前頭側頭型認知症　[ ] 脳血管性認知症 |
| [ ] 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 | [ ] 有 [ ] 無⇒（医療機関名　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　） [ ] 不明 |
| 疾患名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 [ ] 不明　 |
| 薬の服用 | ☆お薬手帳【　有　・　無　】 [ ] 不明　 |
| ※副作用の有無　 [ ] 有　 [ ] 無　⇒（内容　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） [ ] 不明　 |
| 既往歴 | [ ] 脳血管疾患（　　　　　　　）　 [ ] 頭部外傷（　　　　　）ペースメーカー（　有　・無　）体内金属（　　　） |
| [ ] 心疾患（　　　　　　　　）　[ ] 生活習慣病（　　　　　　） [ ] 精神疾患[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　 [ ] 不明 |

**大館市認知症連携シート**（裏面）

平成29年9月更新

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の生活状況 | 介護者 | [ ] 有　[ ] 無　[ ] 不明 | 家族構成 |  |
| 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　（　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 介護認定 | [ ] 非該当　[ ] 事業対象者　[ ] 要支援（　　）[ ] 要介護（　　）（有効期間　 ～ 　　　） |
| [ ] 未申請　[ ] 申請中　（申請日　平成　　年　　月　　日　）　[ ] 不明 |
| ケアマネジャー | 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 |
| 障害自立度 | 自立・ＪＩ ・Ｊ２・ＡＩ ・Ａ２・ＢＩ ・Ｂ２・ＣＩ ・Ｃ２ | 障害手帳 | 級（精・身・知） |
| 介護サービス　利用状況 | [ ] 訪問介護　　**/**W　[ ] 訪問看護　　**/**W　[ ] 通所介護　　**/**W　[ ] デイケア　　**/**W [ ] 短期入所　　**/**M（　　　　　　　　　）[ ] 小規模多機能（　　　　　　　　）[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 不明 |
| 日常生活の状況 |  |
|  |
| 食事　　　[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）移動　　　[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）排泄　　　[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）掃除洗濯　[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）服薬管理　[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）調理　　　[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）買物　　　[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）入浴　　　[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）金銭・財産管理[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　）医療機関の受診[ ] 一人で可 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　[ ] その他（　　　　） | 一日の流れ |  |
| 　　：　　　　：　　　　：　　　　：　　　　：　　　　：　　　　：　　　　：　　　　：　　 |
| 本人の生活歴 | ※生育歴・学歴・職歴など |
|  |
| 性格や趣昧 | ※楽しみ・嗜好など |
|  |
| その他の関わり | [ ] 民生委員　[ ] 隣人　[ ] 友人　[ ] 町内会長　[ ] その他　（　　　　　　）　[ ] 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 自由記述欄 | ※別紙　 [ ] 　有　　 [ ] 　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| **同意※２** | ※個人情報の提供に関する同意[ ] 　可⇒[ [ ] 　同意書　 [ ] 　口頭（同意者： [ ] 本人　 [ ] 家族）]　　　　 [ ] 　不可　 |

　　　　　注）※１、※２の記入は必須。他は、可能な範囲でご記入ください。