|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。