

認知症連携シート

記入日：平成 年 月 日

医療機関名：
 医師名： 様
 診療科：（ ）科



名称：
 所在地：
 TEL: 担当者名：

対象者氏名： 生年月日：(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)(男・女)

住所： 連絡先：

認定状況 未申請・非該当・申請中・介護認定(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

※該当する箇所には☑を記入

★主な症状と出現の時期、出現の仕方について(周囲が認知症と疑われる症状に気づいた時期)
 今回の症状はいつから？(約()年・()カ月・()週間前から)
 どのように？

★今、困っていること 及び その出現時期

<input type="checkbox"/> 物忘れ(自覚: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	(H 年 月頃)	<input type="checkbox"/> せん妄	(H 年 月頃)
<input type="checkbox"/> 物盗られ妄想	(H 年 月頃)	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	(H 年 月頃)
<input type="checkbox"/> 意欲低下	(H 年 月頃)	<input type="checkbox"/> 徘徊	(H 年 月頃)
<input type="checkbox"/> こだわり	(H 年 月頃)	<input type="checkbox"/> 暴力・暴言	(H 年 月頃)
具体的に[] 誰に対してか()			
<input type="checkbox"/> 金銭管理ができない	(H 年 月頃)	<input type="checkbox"/> 介護拒否	(H 年 月頃)
<input type="checkbox"/> 服薬管理ができない	(H 年 月頃)	<input type="checkbox"/> 性格の変化	(H 年 月頃)
<input type="checkbox"/> 物事の段取りができない	(H 年 月頃)	<input type="checkbox"/> 介護者の認知症に対する理解不足	
<input type="checkbox"/> アルコール(日常量: /日)		<input type="checkbox"/> タバコ(日常量: 本/日)	
<input type="checkbox"/> その他 []			

※生活状況の詳細は裏面をご参照ください。

★既往歴、服薬状況について等

★受診について、本人への説明の有無、理解の状況等

★その他：(現在関わっている関係機関、介護者について等)

この認知症連携シートを関係医療機関に送ることについては、本人(家族)の了解を得ております。

※認知症専門医療機関を受診する場合、下記の情報を必要な範囲で記入。

受診時の同行者	氏名：	続柄等：
添付書類	かかりつけ医からの紹介状持参の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	CT検査等持参の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()

★受診目的(当てはまる項目にチェック)

鑑別診断 専門医の診断 セカンドオピニオン
認知症の治療(投薬 薬剤調整 病気の説明 予後の説明 生活の助言)
入院希望 要介護認定の意見書 BPSDのコントロール 成年後見に関する鑑別診断
その他 []

★認知症の診断について

認知症の診断の有無 有(診断 年 月頃) 無 不明
 ・診断名 アルツハイマー型認知症 前頭側頭型認知症 レビー小体型認知症
脳血管性認知症 その他
 ・最初に症状に気づいた時期(年 月頃)、その症状()
 ・心理検査 年 月 日 HDS-R(点) MMSE(点)
 ・医療機関名 []

裏面につづく