**医療・介護連携シート（認知症対応）**　　　　　　　　　　　介護支援専門員・包括　⇒　医療機関

（西和賀町地域包括ケア会議調整　Ｈ31.３）

記　入　日：　　　　　年　　　月　　　日

**受診予定日：　　　　年　　月　　　日　予定　　・　　未定**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入者 | 氏名：　　　　　　　　　　　所属：　　　　　　　　　　電話： |

　このシートは、医療機関への情報提供を的確に伝えることを目的としています。

ふりがな

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受診者** | 氏名：　　　　　　　　　　生年月日：　　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 住所： | |
| 世帯状況：　独居　・　高齢者世帯　・　（　　　）人家族 | |
| 同行者 | 氏名：　　　　　　　　　　連絡先℡： | 本人との関係（　　　　　） |
| 受診目的 | ・診断　　・認知症の治療の相談（・服薬の必要性　・病気の説明　・生活上の助言　）  ・ＢＰＳＤ対応　　・要介護認定意見書　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | |

【認知症の経過】

|  |  |
| --- | --- |
| ○今回の症状はいつ頃から？　⇒　今から約（　　　　　）年・月・日　前  　どのように？（具体的に）　⇒　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 今、困っていること  ≪本人≫  困っている・困っていない  ≪家族≫  困っている・困っていない  ≪関係者≫  困っている・困っていない | ・食欲低下　　・脱水傾向　　・体重の変化　　・尿失禁　　・ふらつき  ・疲れやすい　　・手足の震え　　・急に歩けなくなった　　・不眠 |
| ・もの忘れ（自覚：有・無）　　・意欲低下　　・せん妄　　・収集癖  ・物盗られ妄想　　・こだわりのある行動　　・幻視や幻聴  ・異常な食欲（過食・異食）　・外出して戻れない　　・怒りっぽくなった  ・本人の暴力（対象：特定・不特定）　・気分の落ち込み　　・ろう便 |
| ・物事の段取りがうまくできない（調理等）　・介護拒否（本人・家族）  ・日常生活が困難（　調理・買物・入浴・排泄・洗濯・服薬管理・金銭管理　）  ・介護力不足（理解不足・関係が悪い・独居や高齢世帯） |
| ・その他具体的に |
| 過去の診断の有無 | あり　・　なし　・　不明  診断日：　　　年　　　月  診断名：アルツハイマー型　・　前頭側頭型　・　レビー小体型  　　　　脳血管性認知症　・　その他（　　　　　　　　　　　）  医療機関名：（　　　　　　　　　　　）　医師名：（　　　　　　） |

【既往歴】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関受診状況  （歯科受診含む） | 病名：　　　　　　　　　　　　医療機関：　　　　　　　服薬：あり・なし |
| 病名：　　　　　　　　　　　　医療機関：　　　　　　　服薬：あり・なし |
| 病名：　　　　　　　　　　　　医療機関：　　　　　　　服薬：あり・なし |
| 投薬内容： |
| 精神疾患の既往 | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　なし　・　不明 |
| かかりつけ医の紹介状 | あり　・　なし |

【環境】

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度 | 未申請　・　申請中　・　要支援（　　　）　・　要介護（　　　）　・　非該当 |
| 利用サービス | 介護：訪問介護　・　通所介護　・　通所リハビリ　・　訪問リハビリ  福祉用具貸与　・　ショート　・　住宅改修　・　その他（　　　　　　　）  医療：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  障がい：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  非公的：　民生委員　・　配食　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  介護予防事業：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当ケアマネ | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　事業所： |
| 介護者 | あり（　　　　　　　　　　　　　）　・　なし　・　不明 |
| キーパーソン | あり（　　　　　　　　　　　　　）　・　なし　・　不明 |
| 家族構成 |  |

【その他、伝えたい内容】

|  |
| --- |
|  |

【本人・家族同意欄】

|  |
| --- |
| この「医療・介護連携シート」を、医療機関へ提示することに同意します。  　　年　　月　　日　　　　氏名：  （本人でない場合　続柄　　　　　　　　）  ※本人・家族のサイン、または同意がとれない場合はその理由 |

※お伺いした個人情報については、西和賀町地域包括支援センターでデータを統計的に処理し、個人を特定できない形で利用することがあります。

※本シートは、岩手西北医師会認知症地域支援ネットワークが作成した様式を一部補正したものです。