

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。

受診者	ふりがな 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TEL：	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	・ 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
<<本人>> 困っている・困っていない	・ 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
<<家族>> 困っている・困っていない	・ 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
<<関係者>> 困っている・困っていない	・ 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。