

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：平成 ○年 ○月 ○日 **予定** ・ 未定

記入者 氏名： **西和賀 花子** 所属： **地域包括支援センター** 電話： **85-3414**

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： <b>SO</b> 年 ○月 ○日（ ○歳）
	住所： <b>西和賀町</b> ○○ - ○ - ○
	世帯状況： <b>独居</b> ・ 高齢者世帯 ・ （ ）人家族
同行者	氏名： <b>△△ △△</b> 連絡先TEL： ○○-○○○○ 本人との関係（ <b>娘</b> ）
受診目的	・ <b>診断</b> ・ 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 ・ <b>要介護認定意見書</b> ・ その他（ ）

【認知症の経過】

○今回の症状はいつ頃から？ ⇒ 今から約（ **6** ）年 **月** 日 前  
 どのように？（具体的に） ⇒ （ **同じことを何度も聞く、しまい忘れ（通帳の紛失が半年で5回** ）

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	→ <b>もの忘れ</b> （自覚：有 <b>無</b> ） → <b>食欲低下</b> ・ 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・ <b>服薬管理</b> ・ <b>金銭管理</b> ） ・ 介護力不足（理解不足・関係が悪い・独居や高齢世帯） <b>※2か月前より合わなくなった</b> ・ その他具体的に → <b>回覧板を次の人にまわせない</b>
過去の診断の有無	あり ・ <b>なし</b> ・ 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： <b>脳梗塞</b> 医療機関： ○○ <b>医院</b> 服薬 <b>あり</b> なし
	病名： <b>白内障</b> 医療機関： <b>△△眼科</b> 服薬： あり <b>なし</b>
	病名： 医療機関： 服薬： あり・なし
投薬内容： <b>貴医院での服薬の他は、点眼薬のみです</b>	
精神疾患の既往	あり（ ） ・ なし ・ <b>不明</b>
かかりつけ医の紹介状	あり ・ なし

「医療・介護連携シート（認知症対応）」  
 の記入例とポイント

○受診予定日  
 未定の場合でも「○月中旬予定」「○月第○週予定」など、ある程度時期が決まっていれば、欄外に記入ください。

○受診目的  
 当てはまる項目全てにチェックをお願いします。

○今回の症状  
 今回、相談したいと思う状況について記入。  
 下段の今、困っていることと重複することもあるかと思います。

○今、困っていること  
 誰が、何に困っているのか（または困っていないのか）、矢印や余白への記入もしながら記入下さい。

○過去の診断の有無  
 過去に、認知症に対する診断を受けたことがあるか記入下さい。

○既往歴  
 把握している範囲で記入下さい。  
 ・今回、連携シートを渡す医療機関が主治医であれば、そこで処方されている薬の記入は不要です。  
 投薬内容欄に、「貴医院での服薬の他、○○ ××・・・」と記入します。また、かかりつけ医の紹介状欄は空欄になります。

**【環境】**

要介護度	未申請 ・ 申請中 ・ <b>要支援</b> ( 2 ) ・ 要介護 ( ) ・ 非該当
利用サービス	介護：訪問介護 ・ <b>通所介護</b> ・ 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 ・ <b>その他</b> <b>生協個別宅配 1/W</b> ( ) 介護予防事業：( )
担当ケアマネ	氏名： <b>記入者と同じ</b> 事業所：
介護者	あり ( ) ・ <b>なし</b> ・ 不明
キーパーソン	<b>あり</b> ( <b>△△ △△ (娘)</b> ) ・ なし ・ 不明
家族構成	<p>○歳・△県 関係悪い ○歳・×市、週1回買い物支援</p>

**【その他、伝えたい内容】**

**半年前より認知症状が目立ちはじめましたが、定期受診は本人のみのため、認知症状に対する相談はされていません。**

**今回、介護保険更新申請に伴う受診を、娘さん同行で予定しています。娘さんから認知症状に対する相談があったため、事前に情報提供させていただきます。**

**よろしくお願ひします。**

**【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。

平成 ○年 ○月 ○日 氏名： △△ △△  
(本人でない場合 続柄 娘 )

※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

---

※お伺ひ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。

**○その他、伝えたい内容**

医療機関が短時間に状況を把握できるよう、必要な情報のみをできるだけ簡潔にまとめてください。また、本人の受診希望の有無もお書きください。

- 例1) 家族が認知症介護に混乱しています。
- 例2) 同居の妻にももの忘れがあり、ご本人の服薬管理ができません。
- 例3) 訪問販売の請求が多額になっている状況です。
- 例4) 残飯等を室内外に溜めており悪臭がひどく、近隣住民から苦情がきています。
- 例6) アルコール依存(4合/日、焼酎)があります。
- 例5) <<相談経過>>

HO.○月 妻より本人のもの忘れの症状があると相談をうける。  
HO.○月 受診を促すが、本人の強い拒否があり受診には結びつかず。  
今回、町の健診のため受診予定です。妻が同行し認知症状について相談予定です。

**○本人・家族同意欄**

原則、ご本人またはご家族の同意を頂いた上で、医療機関へ提示ください。

同意のサインがとれない場合、同意がとれない場合はその理由をお書きください。

- 例1) 独居であり、長男は〇〇県在住。電話にて長男からの同意は確認
- 例2) 夫婦ともに認知機能低下のため意思確認できず。