

医療・介護連携シート

介護支援専門員・包括 ⇒ 医療機関

(岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク作成 H27.11)

記入日：令和 年 月 日

受診予定日：令和 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	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
<<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 ・ 性格の変化 ・ 本人の暴力 (対象：特定・不特定)
<<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】

<p>この「医療・介護連携シート」を、岩手西北医師会認知症地域支援ネットワークの医療機関へ提示することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 氏名： _____ (本人でない場合 続柄 _____)</p> <p>※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</p> <p>_____</p>

※お伺いした個人情報については、岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク内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。