**医療・介護連携シート　≪記入例≫**　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員・包括　⇒　医療機関

**「医療・介護連携シート」記入例**

**およびポイント**

（岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク作成　Ｈ26.10）

記　入　日：平成　　　年　　　月　　　日

**受診予定日：平成　○年　　○月　　○日　予定　　・　　未定**

　　　　　　　　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入者ふりがな | 氏名：　滝沢　馬子　　　　　　　所属：　地域包括支援センター　　電話：684-2111○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。 |
| 受診者 | 氏名：　**○○　○○**　　　　　　　　　　生年月日：　S**○**　年　**○**月　**○**日（　**○**歳） |
| 住所：　滝沢市**○○　○―○** |
| 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（　娘　　）○受診目的　当てはまる項目全てにチェックを願います。 |
| 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（　６　　）年・月・日　前○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。　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≪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・困っていない近所の人 | ・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 |
| ・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　　・性格の変化○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。・本人の暴力（対象：特定・不特定） |
| ・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　）※２か月前より合わなくなった亡くなる・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　回覧板を次の人にまわせない |
| 過去の診断の有無 | 　あり　・　なし　・　不明　　　○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。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 | 病名：　脳梗塞　　　　　　　　　医療機関：　**○○医院**　　服薬：あり・なし○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。 |
| 病名：　白内障　　　　　　　　　　医療機関：　**△△眼科**　　　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：　貴医院での服薬の他は、**点眼薬のみです** |
| 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（　２　）　・　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（　生協個別宅配　　１/W　　　）介護予防事業：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当ケアマネ | 氏名：　記入者と同じ　　　　　　　　　事業所：　　　 |
| 介護者 | あり（　　　　　　　　　　　　　）　・　なし　・　不明 |
| キーパーソン | あり（　　**△△　△△**　（娘）　　　）　・　なし　・　不明 |
| 家族構成 | H20,亡亡くなる○歳・△県関係悪い亡くなる○歳・×市、週１回買い物支援亡くなる○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≫　　　H○.○月　妻より本人のもの忘れの症状があると相談をうける。　　　H○.○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、市の長寿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。 |

【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。よろしくお願いします。 |

【本人・家族同意欄】

|  |
| --- |
| 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。○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○○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。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。