

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

（紫波郡医療介護連携支援センター調整 H28.12）

記入日：平成 年 月 日

受診予定日：平成 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】

この「医療・介護連携シート」を、紫波郡医師会認知症地域支援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 \_\_\_\_\_ )

※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、紫波郡医師会認知症地域支援医療機関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。

※※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。