

情報提供書(相談機関等から医療機関への連絡シート)

年 月 日

目的: 受診希望(認知機能障害の評価等) 状況(経過)報告 その他( )

医療機関からの連絡: 希望します(別紙「シートB・射水市版」) 特に希望はありません

その他( )

|                        |                  |
|------------------------|------------------|
| 医療機関名<br>.....         | 相談機関等名<br>.....  |
| 住 所 射水市<br>.....       | 住 所<br>.....     |
| 電話(FAX) ( ) -<br>..... | 電話(FAX)<br>..... |
| 医師名 様<br>.....         | 担当者名<br>.....    |

◆基本情報

|                     |              |  |                        |
|---------------------|--------------|--|------------------------|
| ふりがな<br>氏 名         | 性別<br>男 女    | 生年月日   | M・T・S 年 月 日( 歳)        |
| 住 所<br>射水市<br>..... | 家族構成         | <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居家族( )<br>主な介護者 氏名( )<br>住所( )<br>日中の連絡先(自宅・職場・携帯 )<br>夜間の連絡先(自宅・職場・携帯 ) |                        |
| 要 介 護 度             | 総合事業対象者      | 要支援 1・2  | 要介護 1・2・3・4・5 申請中 申請なし |
| 介護保険サービスの利用         | 無 有(内容 )     |  |                        |
| 他医療機関の受診の有無         | 無 有( 科・疾患名 ) |  |                        |

◆現在の状況等 ※記載者 家族(続柄 ) 相談機関( )

あてはまるものに○をつけてください。特に困っていることには◎をつけてください。

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 最近あったできごとを忘れるようになった             | <input type="checkbox"/> 食事をしたことを忘れて何度も食べようとする        |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言ったり、聞いたりする回数が増えた       | <input type="checkbox"/> 意欲がなくなった。以前楽しんでいたことが楽しくなくなった |
| <input type="checkbox"/> 同じものを何度も買ったり、いつも大きいお金を支払うようになった | <input type="checkbox"/> ふさぎこんだり、涙もろくなった              |
| <input type="checkbox"/> 正しい年齢がわからない(3歳以上食い違う)           | <input type="checkbox"/> 日中ぼーっとしていることがある              |
| <input type="checkbox"/> 今会った人のことをすぐ忘れるようになった            | <input type="checkbox"/> はっきりしている時とはっきりしない時がある        |
| <input type="checkbox"/> よく知っている人の顔と名前を忘れるようになった         | <input type="checkbox"/> 身体が硬い、動作が遅い、歩きが小股等の症状がある     |
| <input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わなくなった                  | <input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりする             |
| <input type="checkbox"/> 時間や場所の感覚が不確かになった                | <input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おやっと思う行動をしたりする     |
| <input type="checkbox"/> 慣れている場所で道に迷うようになった              | <input type="checkbox"/> ものやお金を盗られたと言う                |
| <input type="checkbox"/> 外出をして戻れないことがある。                 | <input type="checkbox"/> 火の不始末がある(タバコの不始末や鍋の焦がし等)     |
| <input type="checkbox"/> 洋服を選んで着れない、適切に着れない              | <input type="checkbox"/> 落ち着きがなくそわそわしている、座ってられない      |
| <input type="checkbox"/> 一人での入浴が難しくなった                   | <input type="checkbox"/> 大声を出したり、乱暴になったり、怒りっぽくなった     |
| <input type="checkbox"/> トイレで失敗したり、漏らしたりするようになった         | <input type="checkbox"/> 徘徊する                         |

「今までと違う」と思ったのはいつ頃からですか。 年 月頃から  
(症状がひどくなってきた時期ではなく、少しでも「今までと違う」と感じた時期を記載ください。)

その頃の主な症状( )

その他、気になっていることや困っていることなどを記載してください。

◆家族のみが受診する場合 受診者: (続柄 )

(本人の意向や相談したい内容)

.....

.....

◆その他 特記事項

.....

.....