

もの忘れ相談シート  
『相談機関 → 医療機関』連絡シート

【シート2】

紹介医療機関名 主治医 様

(相談機関による記入) 記入年月日 年 月 日

|             |      |                |          |     |  |
|-------------|------|----------------|----------|-----|--|
| 受付<br>相談機関名 |      | 担当者            |          | 連絡先 |  |
| 本人氏名        | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日 | 本人<br>住所 |     |  |

**1. 介護保険サービスの利用について**

(1) 要介護認定  申請未・要支援 1・2  要介護 1・2・3・4・5  有効期間 平成 年 月 日まで

(2) 担当居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー 連絡先

(3) 現在利用サービス  無・有  (別添 ケアプラン1・2表・週間サービス計画表)

**2. 主治医について**

(1) 主治医の有無  無・有  医療機関名 主治医名

(2) 現在治療中および過去に罹患の疾病

| 診断名 | いつから | 治療状況         | 医療機関名 |
|-----|------|--------------|-------|
|     |      | 内服・経過観察・外科手術 |       |
|     |      | 内服・経過観察・外科手術 |       |
|     |      | 内服・経過観察・外科手術 |       |
|     |      | 内服・経過観察・外科手術 |       |

(3) 認知症について過去の受診歴  無・有  医療機関名 担当医名

**3. 介護状況**

家族構成(関係図) 同居者を○で囲む 主たる介護者(関係など)

**4. 接し方について困っていること(ケアの仕方について困っていること)**

項目について□にチェックを入れた後、詳細に記載

排泄  食事  入浴  睡眠  服薬  消費者被害  周辺症状(幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護)

具体的内容

**5. 特記すべき事項(相談機関から医療機関へ依頼したいこと、など)**

- 専門医療機関との連携を希望する
- 専門的な検査を希望する
- 今回の相談内容ならびに診断結果を介護保険の主治医の意見書に反映させることを希望する

居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター、市役所等行政機関が行う支援に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、当該利用者に関する情報を居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

平成 年 月 日 本人又は家族の署名

\* 連携医療機関の医師・担当者の方へ…【シート3】に記入の上、情報提供をお願いします。

## 『医療機関 → 相談機関』連絡シート

医療機関 → 在宅・相談機関(紹介機関からの診察結果) 相談機関名 宛て

(医療機関記入) 記入年月日 年 月 日

|        |           |      |       |      |
|--------|-----------|------|-------|------|
| 本人氏名   |           | 受診機関 | 医療機関名 |      |
| 生年月日   | 明・大・昭 年 月 |      |       |      |
| 本人電話番号 |           |      |       |      |
| 本人住所   |           |      | 主治医   | 連絡窓口 |

1. 受診日 平成 年 月 日  
 2. 受診結果 実施したことにチェックをお入れください。また、必要事項にご記入ください。

|   |                                       |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 指導<br><b>【今後の認知症のフォロー】</b><br><input type="checkbox"/> 自院でのフォロー<br><input type="checkbox"/> 他院でのフォロー<br>(医療機関名: )<br><input type="checkbox"/> 専門医療機関への紹介<br>(医療機関名: )<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <b>【診断名、治療内容、意見等】</b><br><br><br><br> | <b>【処方内容】</b><br><br><br> |
|---|---------------------------------------|---------------------------|

## 3. ご本人、ご家族への説明・指導内容

|  |                         |
|--|-------------------------|
| <b>【説明を受けた人】</b><br><input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 家族(続柄: )<br><input type="checkbox"/> ケアマネジャー | <b>【内容】</b><br><br><br> |
|--|-------------------------|

## 4. サービス導入等検討事項

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 在宅生活 …… <input type="checkbox"/> デイサービスの利用 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパーの利用 <input type="checkbox"/> ショートステイの利用<br><input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用<br><input type="checkbox"/> 趣味の活動を見つける <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 施設入所<br><input type="checkbox"/> 入院 …… <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他( 科)<br><b>【意見等】</b><br><br> |
|---|

## 5. 医療機関から相談機関への伝達事項

|   |
|---|
| <b>【相談機関からの問い合わせ方法】</b><br><input type="checkbox"/> 電話(都合のいい時間帯: ) <input type="checkbox"/> FAX(番号: )<br><input type="checkbox"/> メール(アドレス: ) |
|---|

## 6. 次回受診(相談)予定日【平成 年 月 日】または予定時期【 ヶ月後頃】

この書類は、ご本人またはご家族の了解を得て相談機関に情報提供するものです。

## 紹介状

記入年月日 年 月 日

医療機関名

御机下

|     |  |      |                |
|-----|--|------|----------------|
| 患者名 |  | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日 |
|-----|--|------|----------------|

「相談事前チェックシート(シート1)」、「相談機関→医療機関連絡シート(シート2)」を添付いたします。  
追加する依頼事項は次のとおりです。

治療中の疾患

- なし  
 あり → 以下のとおり

投薬内容(お薬手帳のコピーでも可)

## 【添付資料】

- シート1  
 シート2  
 お薬手帳

## 【病院又は診療所の名称】

所在地  
電話番号  
医師氏名

印

# 受診結果報告書

## (専門医療機関→医療機関)

記入年月日 年 月 日

医療機関名

主治医

御机下

|     |  |      |                |
|-----|--|------|----------------|
| 患者名 |  | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日 |
|-----|--|------|----------------|

基本的ADL /100、手段的ADL /5 (男性)、 /8 (女性)  
 神経・心理検査 MMSE ( /30)、 GDS; うつ( /15)、 意欲( /10)  
 寝たきり度: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2  
 認知症高齢者の日常生活自立度: I IIa IIb IIIa IIIb IV M  
 周辺症状:  なし  あり ( )

## 臨床病期 (FAST) アルツハイマー型認知症の場合

| stage | 臨床病期     | 臨床的特徴   |
|-------|----------|---|
| 1     | 正常       | 主観的・客観的に機能低下なし  |
| 2     | 年齢相応     | 物の置き忘れ、言葉の出にくさがある   |
| 3     | 境界状態     | 熟練を要する仕事ができにくくなったことが周囲から指摘される、知らないところに行くことが困難、重要な約束を忘れる             |
| 4     | 軽度の認知症   | 複雑な仕事の遂行が困難となる(来客の食事の準備、家計の管理、買い物の勘定など)                             |
| 5     | 中等度の認知症  | 介助なしで適切な衣服を選ぶことができない、入浴を嫌がる、運転事故、買い物が1人でできない                        |
| 6     | やや高度の認知症 | a…1人で衣服を正しい順に着られない b…入浴介助が常時必要<br>c…トイレの水を流し忘れたり、拭き忘れる d…尿失禁 e… 便失禁 |
| 7     | 高度の認知症   | a… 発語は数語のみ b…単語の理解は1語 c…歩行能力の喪失<br>d…座位保持困難 e…笑うことがない f…混迷・昏睡       |

## MRI (CT) 大脳の中重度以上の萎縮

- 1)前頭葉  なし  あり 2)側頭葉  なし  あり 3)後頭葉  なし  あり  
 4)頭頂葉  なし  あり 5)海馬  なし  あり (VSRAD )  
 大きな梗塞または出血痕  多発性ラクナ梗塞(>5個)  高度の大脳白質病変  
 その他の所見( )

## SPECT

診断名:  年齢相応の認知機能  軽度認知機能障害  うつ病  アルツハイマー型認知症(  脳血管障害を伴う  伴わない)  脳血管性認知症(  多発梗塞型  限局性梗塞型  多発小梗塞型  ビンワナー型)  混合型認知症  レビー小体型認知症  前頭側頭型認知症  進行性非流動性失  
 意味性認知症  正常圧水頭症  
 その他( )  診断保留

## 治療方針

薬物療法:  認知症治療薬(アリセプトD錠 5mg・10mg)  脳循環改善薬  漢方薬  抗うつ薬  
 抗精神病薬  抗血小板薬  その他( )  
 非薬物療法:  介護保険申請  習い事・趣味の活動  散歩  介護予防教室  
 デイサービス・デイケア  訪問看護  訪問介護  その他( )  
 診断の告知:  本人  家族  その他( )

次の来院:  3ヶ月後  6ヶ月後  1年後  大きな変化が見られたとき  その他

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 病院又は診療所の名称<br>所在地<br>電話番号<br>医師氏名 | 印 |
|-----------------------------------|---|

## 経過報告書 (医療機関→専門医療機関)

記入年月日 年 月 日

医療機関名

御机下

|     |  |      |                |
|-----|--|------|----------------|
| 患者名 |  | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日 |
|-----|--|------|----------------|

今回受診の目的

- 大きな変化が生じた ( )  
 定期フォロー ( )ヶ月後  
 気づいた変化があれば記入してください。

臨床病期(FAST)アルツハイマー型認知症の場合

| stage | 臨床病期     | 臨床的特徴  |
|-------|----------|--|
| 1     | 正常       | 主観的・客観的に機能低下なし   |
| 2     | 年齢相応     | 物の置き忘れ、言葉の出にくさがある  |
| 3     | 境界状態     | 熟練を要する仕事ができにくくなったことが周囲から指摘される、知らないところに行くことが困難、重要な約束を忘れる            |
| 4     | 軽度の認知症   | 複雑な仕事の遂行が困難となる(来客の食事の準備、家計の管理、買い物の勘定など)                            |
| 5     | 中等度の認知症  | 介助なしで適切な衣服を選ぶことができない、入浴を嫌がる、運転事故、買い物が1人でできない                       |
| 6     | やや高度の認知症 | a…1人で衣服を正しい順に着られない b…入浴介助が常時必要<br>c…トイレの水を流し忘れたり、拭き忘れる d…尿失禁 e…便失禁 |
| 7     | 高度の認知症   | a…発語は数語のみ b…単語の理解は1語 c…歩行能力の喪失<br>d…座位保持困難 e…笑うことがない f…混迷・昏睡       |

【寝たきり度】 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

【認知症高齢者の日常生活自立度】 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

【手段的ADL (できるものに○をつける、男性は最初の5つ、女性は8つすべて)】

- ・買物 ・乗物の利用 ・電話の使用 ・家計管理 ・服薬管理 ・食事の準備 ・洗濯 ・掃除等の家事

【周辺症状】  なし  あり ( )【合併疾患】  なし  あり ( )【介護】  介護保険 (  要支援  要介護 1 2 3 4 5 )
 習い事・趣味の活動  散歩  介護予防教室  デイサービス・デイケア

 訪問介護  訪問看護  その他 ( )

【投薬内容】 お薬手帳の内容をコピーして添えてください。

病院又は診療所の名称

所在地

電話番号

医師氏名

印