

記入者	送付日	年 月 日 [<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目)]	受付者
	記入者氏名	TEL	

本人の 基本 情報	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
	本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号
	本人住所		
	<input type="checkbox"/> 在宅 ⇒ <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居(世帯状況) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 ⇒ () ⇒ 入所(院)日: 年 月 日		

相談の 内容	相談目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 認知症の受診・治療 (<input type="checkbox"/> 服薬コントロール <input type="checkbox"/> BPSDコントロール <input type="checkbox"/> 入院希望) <input type="checkbox"/> 要介護認定意見書 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 生活相談 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	相談主訴	※該当する項目に☑をつけ、下記に具体的な状況や困りごとを記載してください。		
		<input type="checkbox"/> 食欲低下 (疾患: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 脱水傾向 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 体重の変化 (<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減) <input type="checkbox"/> 手足に力が入らない <input type="checkbox"/> 手足のふるえ <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 転倒していないのに急に歩けなくなった <input type="checkbox"/> 症状の急激な進行	<input type="checkbox"/> もの忘れ (自覚: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴等 <input type="checkbox"/> 性格の変化 <input type="checkbox"/> こだわりのある行動 <input type="checkbox"/> 異常な食欲 (<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 異食) <input type="checkbox"/> 外出して戻れない(徘徊) <input type="checkbox"/> 本人の暴力 (対象: <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 不特定)	<input type="checkbox"/> 物事の段取りがうまくできない (調理・旅行計画等) <input type="checkbox"/> 金銭管理が困難 <input type="checkbox"/> 主治医に相談しづらい <input type="checkbox"/> 服薬管理が困難 <input type="checkbox"/> 介護拒否 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 介護者の認知症の理解 <input type="checkbox"/> 家族関係が悪く、介護力が不足
		※今回の症状は、いつごろから、どのように、はじめて気づいた症状など(具体的に)		
		※日常生活の困りごとなど(具体的に)		
	相談経路	本人・家族・担当ケアマネ・かかりつけ医・民生委員・近隣・その他()		
	※かかりつけ医との相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 医療機関名		☆紹介状【 有 ・ 無 】	
	※受診に際してご本人どのように説明してありますか。			

認知 症	診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	心理検査	<input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMSE 点
	医療機関名	医師名	診断年月日	年 月 日
	診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		認知症日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
	※現在の治療状況など			

認知 症 以 外 の 病 気	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ (医療機関名 医師名) <input type="checkbox"/> 不明		
	疾患名			
	薬の服用	☆お薬手帳【 有 ・ 無 】 <input type="checkbox"/> 不明		
	※副作用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ (内容) <input type="checkbox"/> 不明		
	既往歴	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患() <input type="checkbox"/> 頭部外傷() <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> 生活習慣病() <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明		
		ペースメーカー (有・無) 体内の金属 ()		

介護者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				家族構成			
氏名	(歳代)		続柄	()				
連絡先	()							
※介護者等の状況								
※キーパーソン氏名			続柄	()				
連絡先	()							
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 要支援 ()		<input type="checkbox"/> 要介護 ()		(有効期間 ~)	
	<input type="checkbox"/> 未申請		<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日		年 月 日)		<input type="checkbox"/> 不明	
ケアマネジャー	事業所名				担当者名			
障害自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				障害手帳	級 (精・身・知)		
介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 /W		<input type="checkbox"/> 訪問看護 /W		<input type="checkbox"/> 通所介護 /W		<input type="checkbox"/> デイケア /W	
	<input type="checkbox"/> 短期入所 /M ()		<input type="checkbox"/> 小規模多機能 ()					
	<input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 不明			
日常生活の状況								
本人の生活状況	食 事	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		一日の流れ	
	移 動	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
	掃除洗濯	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
	調 理	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
	買 物	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
	金銭・財産管理	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
	医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他 ()		:	
本人の生活歴	※生育歴・学歴・職歴など							
性格や趣味	※楽しみ・嗜好など							
経済状況	月額 /収入		円 (支出		円)		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 国民年金	
	<input type="checkbox"/> 厚生年金		<input type="checkbox"/> 共済年金		<input type="checkbox"/> 遺族年金		<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 無年金 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
※経済的な課題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明								
その他の関わり	<input type="checkbox"/> 民生委員		<input type="checkbox"/> 隣人		<input type="checkbox"/> 友人		<input type="checkbox"/> 町内会長 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
※関わっている機関や団体とその関わりの内容、頻度など								

同意	※個人情報の提供に関する同意								
	<input type="checkbox"/> 可 =>[<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 口頭 (同意者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)] <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未確認								

自由記述欄	※別紙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--