≪認知症≫

医療・介護連携シート

記入例1

介護支援専門員・包括 ⇒ 医療機関

（岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク　H27 作成　R8 更新）

記　入　日：　　年　　月　　日

受診予定日：　●年　●月　●日　予定　・　未定

記入者	氏名：　**滝沢　馬子**　　所属：**滝沢市地域包括支援センター**　電話：**656-6523**

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：　**滝沢　太郎**　　生年月日：　**S●年　●月　●日（　86　歳）**	
	住所：**滝沢市中鵜飼55番地**	
	世帯状況：独居　・　高齢者世帯　・　（　　）人家族	
同行者	氏名：　**滝沢　太一**　　連絡先℡：×××ー××××	本人との関係（　**長男**　）
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

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	・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 ・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）
≪家族≫ 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）**2か月前より合わなくなった**
≪関係者≫ 困っている・困っていない	・その他具体的に **回覧版を次の人に回せない、深夜に隣近所を訪ねることがある**
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：　**脳梗塞**	医療機関：**○○医院**	服薬：あり・なし
	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
	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		

医療・介護連携シート　記入例とポイント

○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、欄外に記入してください。

○同行者

医療機関でのキーパーソンの把握、今後の連絡先を確認する場合に用いられます。

○受診目的

当てはまる項目全てにチェックをお願いします。

○今回の症状

今回相談したいと思う状況について記入します。
特に、「いつから」なのか、具体的に「どんな症状」なのかを書きます。
下段の「今、困っていることと」重複することもあります。

○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）を矢印で繋ぎながら記入してください。書き添えることがある場合は余白へ記入してください。

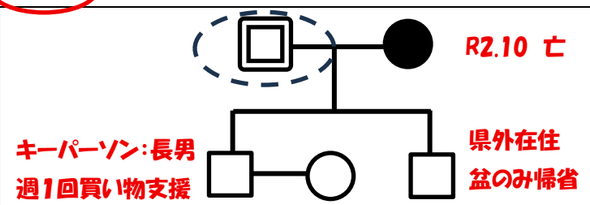
○過去の診断の有無

過去に、認知症に関する診断を受けたことがあるか記入してください。
家族が把握していない場合は「不明」とし、「家族が把握していない」と書き添えてください。

○既往歴

把握している範囲で記入してください。
・今回、連携シートを渡す医療機関が主治医である場合、そこで処方されている薬の記入は不要です。投薬内容に、「貴医院での服薬他、○○、××、…」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。

【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回／週** ） 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（ **滝沢　太一　：　長男** ）　・　なし　・　不明
家族構成	

【その他、伝えたい内容】

半年前…認知症状（しまい忘れ、同じこと何度も尋ねる）が目立つようになり、趣味の庭いじりをしなくなった。
3か月前…回覧板を回せず、近所から長男に指摘があった。長男が回覧板を飛ばすように手配。
2週間前…近所に「お金がないので貸して欲しい」と訪問したことがあった。
深夜に隣近所の呼び鈴を鳴らすことがあった。（用件は不明、複数回あるよう）

・定期受診は本人のみのため、認知症状に関する相談はされていません。
・独居のため、日頃の生活の様子があまり分かっていません。夜間眠れていない可能性があります。
・長男が週末様子伺いに訪問していますが、薬の飲み忘れがあります。
・今回、介護保険更新申請に伴う受診を、長男同行で予定しています。本人にも同様に説明しています。
・長男からは服薬・金銭の管理と夜間の近隣への訪問についてのご相談がありました。

【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。

〇年　**〇**月　**〇**日　　氏名：**滝沢　太一**

（本人でない場合　続柄 **長男**　）

※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。

〇利用サービス

把握している範囲で記入してください。
介護保険サービス以外にも利用しているサービスや支援者がいる場合記入してください。
現時点でのサービスの利用状況や介入度などを医療機関で把握できます。

〇キーパーソン

受診時の同行者と異なる場合はこちらに連絡先を記入してください。

〇家族構成

把握している範囲で家族の情報（ジェノグラム・文字のみ可）を記入してください。

〇その他、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。

☆書き方のポイント

- 認知症が疑われるエピソードや症状を、「どんな症状が」「いつから」「どのように進行しているのか」が分かるように書きましょう。
- 同じ症状についてのエピソードは１～２個で簡潔に。判断に迷う時は、そのまま記載して構いません。
- 家族はどのように本人に接しているか、サポートできる家族はいるか、家族の希望はあるか、等も治療方針の決定に役立ちます。

例１）　家族が認知症への知識がなく、介護に混乱しています。
例２）　同居の妻にも、物忘れがあり、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来ています。
例５）　アルコール依存（４合／日、焼酎）があります。
例６）　《相談経過》
　　R〇.〇月　妻より本人の物忘れの症状があると相談を受ける。
　　R〇.〇月　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。

〇本人・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、医療機関へ提示してください。

※同意のサインが取れない場合、同意が取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。