

右京区共通様式もの忘れ連絡シート

平成 年 月 日

医療機関名

所属(本人との関係)

所在地

医師氏名

先生

TEL/FAX

報告者氏名

【連絡目的】

氏名	(男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日(歳)
住所		TEL				

【家族について】	【民生委員等との連携】
----------	-------------

<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> あり(担当者名:) <input type="checkbox"/> なし
-----------------------------	---

<input type="checkbox"/> 同居()	【介護保険】
--------------------------------	--------

【介護者について】	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中
-----------	---

<input type="checkbox"/> なし	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
-----------------------------	---

<input type="checkbox"/> あり()	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ※取り下げ
--------------------------------	--

氏名	続柄	連絡先	デイサービス・デイケア (回/週)
----	----	-----	--------------------

			ホームヘルプサービス (回/週)
--	--	--	-------------------

			その他()
--	--	--	--------

	【日常生活自立度】
--	-----------

【既往歴と現病歴】	寝たきり	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
-----------	------	----------------------------

病名	発症日	経過等	認知症	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
----	-----	-----	-----	-----------------------------

	【認知機能チェック欄】
--	-------------

※以下チェック事項は、介護保険認定調査に基づく

自分の名前が言える(能力)	1.できる 2.できない
---------------	--------------

生年月日や年齢を言う(能力)	1.できる 2.できない
----------------	--------------

今の季節を理解する(能力)	1.できる 2.できない
---------------	--------------

場所を理解する(能力)	1.できる 2.できない
-------------	--------------

毎日の日課を理解する(能力)	1.できる 2.できない
----------------	--------------

《服薬状況について》	短期記憶(面接直前にしていた事)	1.できる 2.できない
------------	------------------	--------------

	意志の伝達ができる(能力)	1.意志を他者に伝達出来る 2.ときどき伝達出来る 3.ほとんど伝達出来ない 4.できない
--	---------------	--

	徘徊(有無)	1.ない 2.ときどきある 3.ある
--	--------	-----------------------

<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れや、飲み過ぎなどがある。		
---	--	--

<input type="checkbox"/> 分包等にすれば忘れずに飲める。		
--	--	--

<input type="checkbox"/> 問題なし。	外出して戻れない(有無)	1.ない 2.ときどきある 3.ある
--------------------------------	--------------	-----------------------

氏名
平成 年 月 日

右京区共通様式もの忘れ連絡シート

※該当する箇所に☑を入れてください。

記入者:

☆アルツハイマー型様	☆脳血管性様	☆レビー小体病様	☆前頭側頭葉型(ピック)様
<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える <input type="checkbox"/> 財布等を盗まれたなどと作り話をする <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる	<input type="checkbox"/> 出来ることと出来ないことの差が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> 何れの身体症状がある(麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい(日内変動) <input type="checkbox"/> ありありとした幻視がある(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 以下の何れかがある(配偶者が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる) <input type="checkbox"/> パーキンソン様症状がある <small>※パーキンソン症状とは…小刻み歩行やすくみ足、突進型歩行などの症状を伴うものこと。</small>	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある

この1ヶ月で手助け(家事、買い物など)をうけたことがありますか／あるとすれば1日どのくらいの時間ですか

軽度 疑い	<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日が思い出せない <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えて、探し物に明け暮れている <input type="checkbox"/> 重要な約束を忘れてしまうことがある
中等度 疑い	<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる/冷蔵庫内が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意であった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月を間違える(月を思い出せない) <input type="checkbox"/> 住み慣れた地域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> 一人で公共交通機関を利用できない <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない/電話をかけられない(道具を使えない) <input type="checkbox"/> 季節にあった洋服を選ぶことができない
重度 疑い	<input type="checkbox"/> 家族がわからなくなる(娘を姉を間違う) <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う/自宅のトイレの場所が分からない <input type="checkbox"/> 一人でトイレが使えない <input type="checkbox"/> 尿失禁がある、便失禁がある <input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない(前後、裏表、上下、順番が分からない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるか分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしない <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話しかける

【医師記入欄】 (記入日 平成 年 月 日)

主治医名