

国東市オレンジ連携シート

※ホットネット連絡票に添付する場合は太枠内は記入不要

情報提供元

所属名

記入者氏名:

情報提供先

医療機関・事業所等名

情報提供日:平成 年 月 日

* 認知症の方と家族を支えるために必要な情報共有と連携が図れるよう、以下の通り情報提供します。
ご協力よろしくお願いします。

情報提供目的	☐ 診断依頼 ☐ 認知症の治療(☐ 服薬調整 ☐ 症状・予後の説明 ☐ 生活上の助言) ☐ 情報提供 ☐ 要介護認定の意見書 ☐ その他()
情報提供承諾の確認	☐ 有 (承諾者氏名: 続柄: 確認者:)

基本情報	ふりがな	生年月日		() 歳	
	氏名	性別	☐ 男 ☐ 女	TEL	
	住所				
	在宅 ⇒ [☐ 単身 ☐ 同居(世帯状況:)] その他()				
	介護者(キーパーソン)	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明		家族構成(年 月 日現在)	
	連絡先 ①	氏名 (歳)続柄()	TEL		
	連絡先 ②	氏名 (歳)続柄()	TEL		
* 介護者の状況について特記すべき点があれば記載してください。					
既往歴	かかりつけ医	☐ 無 ☐ 有(医療機関名:)		* 処方内容	
	①	医療機関:()			
	②	医療機関:()			
	③	医療機関:()			
	④	医療機関:()			

【 認知症状の経過について、症状の出現の仕方(家族や周囲の人が気づいてからの経過、対応等) 】

○今回の症状はいつ頃から? ⇒ 今から約() 年・ヵ月・週間・日 前から

○相談主訴

<身体症状> ☐ 食欲低下 ☐ 脱水傾向 ☐ 尿失禁 ☐ 便秘 ☐ 体重の変化(☐ 増 ☐ 減) ☐ 手足に力が入らない ☐ 手足のふるえ ☐ ふらつき ☐ 疲れやすい ☐ 急に歩けなくなった ☐ 症状の急激な進行	<認知機能> ☐ 物忘れ(自覚:有・無) ☐ 失語 ☐ 失行・失認 ☐ 調理等の段取りが困難 ☐ 話のつじつまが合わない ☐ 金銭管理が困難 ☐ 服薬管理が困難 ☐ 火の不始末 ☐ せん妄 ☐ 危険運転・接触事故	<行動心理症状等> ☐ 妄想(物取られ等) ☐ 幻視 幻覚 幻聴 ☐ 介護抵抗 ☐ 抑うつ症状 ☐ 不安 ☐ 無為 無関心 ☐ 脱抑制 ☐ 易怒性 易刺激性	☐ こだわりある行動 ☐ 徘徊 ☐ 食欲低下 ☐ 異常な食欲(☐ 過食 ☐ 異食) ☐ 不眠 昼夜逆転 ☐ 不潔行為 ☐ 暴力 暴言 ☐ 性的異常行動
---	---	---	---

* その他具体的に(症状の出る時間帯や程度、エピソード等)記入してください。

認知症の診断について	○認知症の診断の有無 : ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 診断年月日: 年 月 日
	・診断名 : ☐ アルツハイマー型認知症 ☐ 脳血管性認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 前頭側頭型認知症 ☐ 不明 ☐ その他()
	・内服薬の有無: ☐ 無 ☐ 有 { 内服内容 (年 月 日処方分) }
	・心理検査: ☐ HDS-R()点 検査日() ☐ MMSE()点 検査日() ・医療機関名:() ・医師名:()

【 生活の状況 】

I A D L	電話の使用	☐ 問題なくできる ☐ 見守り・声かけ等あればできる ☐ 全くできない ☐ もともとしない 特記事項()			
	買い物	☐ 問題なくできる ☐ 見守り・声かけ等あればできる ☐ 全くできない ☐ もともとしない 特記事項() 冷蔵庫内の状況等()			
	食事の支度	☐ 問題なくできる ☐ 見守り・声かけ等あればできる ☐ 全くできない ☐ もともとしない 特記事項()			
	掃除・洗濯	☐ 問題なくできる ☐ 見守り・声かけ等あればできる ☐ 全くできない ☐ もともとしない 特記事項()			
	外出 (公共機関等の利用)	☐ 問題なくできる ☐ 見守り・声かけ等あればできる ☐ 全くできない ☐ もともとしない 特記事項()			
	車の運転	☐ 運転する ☐ 運転しない 運転免許有効期限：平成 年 月 日 特記事項()			
	服薬の管理	☐ 問題なくできる ☐ 見守り・声かけ等あればできる ☐ 全くできない ☐ もともとしない 特記事項()			
	金銭の管理・支払い	☐ 問題なくできる ☐ 見守り・声かけ等あればできる ☐ 全くできない ☐ もともとしない 特記事項()			
A D L	入 浴	☐ 自立 ☐ 要見守り・声かけ ☐ 一部介助 ☐ 全介助 特記事項()			
	着替え	☐ 自立 ☐ 要見守り・声かけ ☐ 一部介助 ☐ 全介助 特記事項()			
	排 泄	☐ 自立 ☐ 要見守り・声かけ ☐ 一部介助 ☐ 全介助 特記事項()			
	食 事	☐ 自立 ☐ 要見守り・声かけ ☐ 一部介助 ☐ 全介助 特記事項()			
	整 容	☐ 自立 ☐ 要見守り・声かけ ☐ 一部介助 ☐ 全介助 特記事項()			
	移 動	☐ 自立 ☐ 要見守り・声かけ ☐ 一部介助 ☐ 全介助 特記事項()			
	口腔ケア 義 歯	☐ 自立 ☐ 要見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 未使用 ☐ 部分義歯 ☐ 総義歯	☐ 口の渇き むせ・嚥下障害	☐ なし ☐ あり ☐ 問題なし ☐ 時々あり ☐ 高頻度	
その他 (地域とのつながりや趣味、 生活歴など)					

【介護保険サービスの利用状況等】

介護予防・日常生活支援総合事業		☐ 非該当 ☐ 事業対象者	
介護認定	☐ 無 ☐ 申請中(予定) ☐ 有⇒ ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5		
認定期間	平成()年()月()日 ~ 平成()年()月()日		
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	☐ 正常 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M ☐ 不明		
日常生活自立度判定基準	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐ 不明		
現在、利用している介護サービス(名称、回数等)			
☐ 訪問介護() ☐ 訪問看護() ☐ 訪問リハ() ☐ 通所介護() ☐ 通所リハ() ☐ ショートステイ() ☐ その他 () ☐ 利用なし			
過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由)			
利用している 生活支援サービス (例:配食、障害者支援等)	(内容、頻度、利用期間等)		
情報提供事業所等名：		TEL	
所 在 地：		FAX	