

連携シートの記入方法

記入日:	年 月 日	機関名:	記入者名:	
受診者	氏名:	生年月日:	年 月 日 (歳) 性別: 男 女	
	住所:	〒 - - (自宅・携帯・同行者宅・その他)		
	連絡先:	〒 - - (自宅・携帯・同行者宅・その他)		
同行者: 氏名		本人との関係 ()		
1. 受診目的(当てはまる項目全てを選択)				
<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 専門医の診断 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 介護保険主治医意見書の作成希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 周辺症状のコントロール <input type="checkbox"/> 認知症の治療 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用希望				
2. 最も困っていること				
3. 認知症の症状について(当てはまる項目全てを選択)				
認知症の症状はいつ頃からですか? ()				
<input type="checkbox"/> 置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"/> もの忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる <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"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input type="checkbox"/> もの忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よくもの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"/> すぐに涙ぐむなど感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> 何れかの身体症状(麻痺・むせる・しゃべりにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい <input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことがある <input type="checkbox"/> 何れかの症状(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"/> 性格が別人のよう <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"/> 言葉数が減少し、同じ言葉を繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある	<input type="checkbox"/> 食欲の低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 体重の変化 <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
4. これらの症状はどのように、起こってきましたか?(当てはまる項目一つを選択)				
<input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 段階的に <input type="checkbox"/> 急激に <input type="checkbox"/> その他				
5. 既往歴				
・ 脳血管疾患の既往の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】 (病名:) 時期: 年 月 頃 ・ 頭部外傷の既往の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】 (病名:) 時期: 年 月 頃 ・ 心疾患の既往の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】 (病名:) 時期: 年 月 頃 ・ 生活習慣病の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】 (病名:) 時期: 年 月 頃 ・ 精神疾患の既往の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】 (病名:) 時期: 年 月 頃 ・ 結核の既往の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】 (病名:) 時期: 年 月 頃 ・ 現在医療機関受診状況の有無 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 】 (病名:)				
医療機関名:		診療科:		
投薬内容:		医師名:		

個人情報保護の観点から、氏名・住所・連絡先等ファックスで送信する場合は、記載を控え、ファックス送信後、電話で認知症疾患医療センターへ連絡ください。

当てはまる項目全てチェックしてください。

「鑑別診断」は、診断を受けているが、この診断でよいのか? 「専門医の診断」は、全く診断を受けていないという意味で分けてください。
鑑別診断を選択した場合、診断名や医療機関・その他の情報は、6の特記事項に記載してください。

いつ頃から家族や周囲が認知症の症状に気付いたのか? 例えば「〇年前なのか」「〇ヶ月前なのか」「〇週間前なのか」を記載してください。

当てはまる項目全てチェックしてください

左より
 青色・・・アルツハイマー型
 緑色・・・脳血管性
 黄色・・・レビー小体型
 肌色・・・前頭側頭型
 桃色・・・その他
 と簡単な鑑別診断ができる

※パーキンソン症状とは…小刻み歩行やすみ足、突進型歩行などの症状を伴うもののこと。

当てはまる項目一つにチェックしてください。

「お薬カード」や「お薬の説明書」と書かれた薬局より頂く説明書やお薬手帳のコピーでも代用可能です。
 ファックスで送信する場合は、個人情報保護の観点より、氏名・住所・連絡先等を伏せて送信してください。