

# 連携シートの記入方法

## 6. 生活状況

同居者の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 キーパーソン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<b>家族構成</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	生活歴(性格、学歴、職歴、趣味など分かる範囲で)
※キーパーソン「あり」の場合 氏名: _____ 続柄: _____ 連絡先: - -	個人情報の観点より、記載を控える場合は、電話で認知症疾患医療センターへ連絡ください	

家族構成については、ジェノグラムの記載をお願いします。その際、個人情報の観点により、記載を控える場合は、  
 A氏  \_\_\_\_\_  B氏  
 |  
 C氏  
 等で分かりやすく記載してください。  
 ※A氏 キーパーソン  
 B氏 本人  
 C氏 長男

<b>介護度</b> <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	<b>ケアマネ</b> 事業署名: 名前: _____ 連絡先: - -
---	--

当てはまる項目一つにチェックしてください。

<b>日常生活自立度</b> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明	<b>認知症自立度</b> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明
---	--

両自立度に関しては、両自立度判断基準表に照らし合わせて、記入者の主観でご記入ください。

<b>身体状況(当てはまる項目一つを選択)</b>		
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	金銭管理 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない 買い物 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない 調理 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない 服薬管理 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない 意思決定/意志伝達 <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	身体状況 特記事項 (オムツ使用、車いす利用など)

当てはまる項目一つにチェックしてください。

片麻痺がある等本人のイメージがつきそうな事柄があれば記載してください。

<b>利用中のサービス(当てはまる項目全てを選択)</b>	
<input type="checkbox"/> サービス利用なし	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名: _____)
<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア (回/週)	<input type="checkbox"/> ヘルパー (回/週) <input type="checkbox"/> 訪看 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/週)
<input type="checkbox"/> ショートステイ (日/月)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能 (通所: /週・訪問: /週・宿泊: /週)
<input type="checkbox"/> 定期巡回 (日/週)	<input type="checkbox"/> その他 ( )

当てはまる項目全てにチェックしてください。

<b>ご本人のとらえ方</b> <input type="checkbox"/> 認知症ではないかと、かなり気にしている <input type="checkbox"/> もの忘れを感じている <input type="checkbox"/> 全く気にしていない・自覚がない	<b>家族のとらえ方</b> <input type="checkbox"/> 認知症だと思っている <input type="checkbox"/> 認知症かもしれない <input type="checkbox"/> 認知症とっていない	<b>家族の介護に対する思い</b> <input type="checkbox"/> 家族で介護しようと思っている <input type="checkbox"/> 介護をどうすべきか悩んでいる <input type="checkbox"/> 家庭での介護は無理だと思っている
--	---	---

当てはまる項目一つにチェックしてください。

<b>特記事項(家族背景・生活歴・本人への受診誘導の際の説明(ex:健診目的と伝えている)など)</b>
_____ _____ _____

上記に書ききれない内容等があれば記載してください。