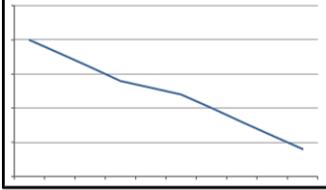
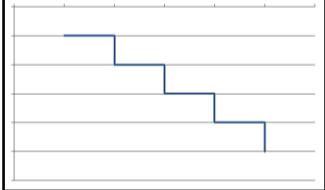
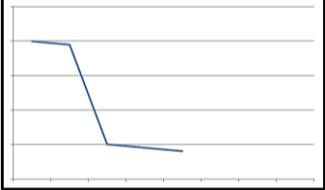
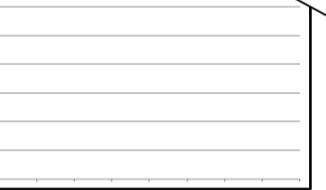


連携シートの記入方法

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: 〒																																										
	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 checked="" 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 (この欄は手書きで記入)																																											
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? ()																																											
<table border="1"> <tr> <td>□ 置忘れやしまい忘れが増えた</td> <td>□ 出来る事と出来ない事の差が大きい</td> <td>□ 良い時と悪い時の差が激しい</td> <td>□ 性格が別人のよう</td> <td>□ 食欲の低下</td> </tr> <tr> <td>□ 大事な約束を忘れる</td> <td>□ もの忘れの自覚がある</td> <td>□ ありありとした幻視(人や動物が多い)</td> <td>□ 万引きなどの無頓着な行動がある</td> <td>□ 脱水 <input type="checkbox"/> 尿失禁</td> </tr> <tr> <td>□ もの忘れの自覚がない</td> <td>□ よくもの忘れをするがヒントがあれば思い出す</td> <td>□ パーキンソン症状がある</td> <td>□ 日に何度も同じコースを徘徊する</td> <td>□ 体重の変化</td> </tr> <tr> <td>□ 直前の記憶が抜け落ちる</td> <td>□ 昼夜が逆転している</td> <td>□ 寝言や睡眠中に叫ぶことがある</td> <td>□ 性的な逸脱行為がある</td> <td>□ 手足に力が入らない</td> </tr> <tr> <td>□ 感情は保たれているので一見普通に見える</td> <td>□ 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい</td> <td>□ 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)</td> <td>□ 座ったかと思うとすぐに立ち上がるなどを繰り返す</td> <td>□ 手足のふるえ</td> </tr> <tr> <td>□ 財布等を盗まれたなどと作り話をする</td> <td>□ すぐに涙ぐむなど感情失禁がある</td> <td></td> <td>□ 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す</td> <td>□ ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい</td> </tr> <tr> <td>□ 時間や場所がわからなくなる</td> <td>□ 反応に時間がかかる</td> <td></td> <td>□ 反射的で衝動的な行動がある</td> <td>□ 転倒していないのに急に歩けなくなった</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□ 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)</td> <td></td> <td></td> <td>□ 症状の急激な進行</td> </tr> </table>				□ 置忘れやしまい忘れが増えた	□ 出来る事と出来ない事の差が大きい	□ 良い時と悪い時の差が激しい	□ 性格が別人のよう	□ 食欲の低下	□ 大事な約束を忘れる	□ もの忘れの自覚がある	□ ありありとした幻視(人や動物が多い)	□ 万引きなどの無頓着な行動がある	□ 脱水 <input type="checkbox"/> 尿失禁	□ もの忘れの自覚がない	□ よくもの忘れをするがヒントがあれば思い出す	□ パーキンソン症状がある	□ 日に何度も同じコースを徘徊する	□ 体重の変化	□ 直前の記憶が抜け落ちる	□ 昼夜が逆転している	□ 寝言や睡眠中に叫ぶことがある	□ 性的な逸脱行為がある	□ 手足に力が入らない	□ 感情は保たれているので一見普通に見える	□ 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい	□ 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)	□ 座ったかと思うとすぐに立ち上がるなどを繰り返す	□ 手足のふるえ	□ 財布等を盗まれたなどと作り話をする	□ すぐに涙ぐむなど感情失禁がある		□ 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す	□ ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい	□ 時間や場所がわからなくなる	□ 反応に時間がかかる		□ 反射的で衝動的な行動がある	□ 転倒していないのに急に歩けなくなった		□ 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)			□ 症状の急激な進行
□ 置忘れやしまい忘れが増えた	□ 出来る事と出来ない事の差が大きい	□ 良い時と悪い時の差が激しい	□ 性格が別人のよう	□ 食欲の低下																																							
□ 大事な約束を忘れる	□ もの忘れの自覚がある	□ ありありとした幻視(人や動物が多い)	□ 万引きなどの無頓着な行動がある	□ 脱水 <input type="checkbox"/> 尿失禁																																							
□ もの忘れの自覚がない	□ よくもの忘れをするがヒントがあれば思い出す	□ パーキンソン症状がある	□ 日に何度も同じコースを徘徊する	□ 体重の変化																																							
□ 直前の記憶が抜け落ちる	□ 昼夜が逆転している	□ 寝言や睡眠中に叫ぶことがある	□ 性的な逸脱行為がある	□ 手足に力が入らない																																							
□ 感情は保たれているので一見普通に見える	□ 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい	□ 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)	□ 座ったかと思うとすぐに立ち上がるなどを繰り返す	□ 手足のふるえ																																							
□ 財布等を盗まれたなどと作り話をする	□ すぐに涙ぐむなど感情失禁がある		□ 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す	□ ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい																																							
□ 時間や場所がわからなくなる	□ 反応に時間がかかる		□ 反射的で衝動的な行動がある	□ 転倒していないのに急に歩けなくなった																																							
	□ 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)			□ 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:) 時期: 年 月 頃 医療機関名: 診療科: 医師名: 投薬内容: _____																																											

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「○年前なのか」「○ヶ月前なのか」「○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…小刻み歩行やすく足、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。