

認知症・もの忘れの受診連携シート

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)

- 鑑別診断 専門医の診断 入院希望 介護保険主治医意見書の作成希望 セカンドオピニオン
- 周辺症状のコントロール 認知症の治療 成年後見制度利用のため その他 ()

2. 最も困っていること

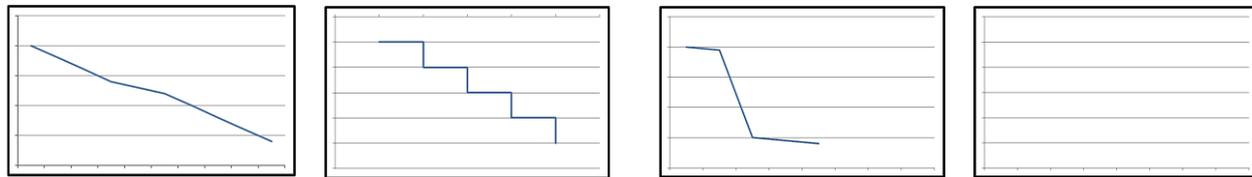
3. 認知症の症状について(当てはまる項目全てを選択)

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作り話を <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"/> 語彙数が減少し、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)

- 徐々に 段階的に 急激に その他



5. 既往歴

- 脳血管疾患の既往の有無 【 あり なし 不明 】 (病名: 時期: 年 月 頃)
- 頭部外傷の既往の有無 【 あり なし 不明 】 (病名: 時期: 年 月 頃)
- 心疾患の既往の有無 【 あり なし 不明 】 (病名: 時期: 年 月 頃)
- 生活習慣病の有無 【 あり なし 不明 】 (病名: 時期: 年 月 頃)
- 精神疾患の既往の有無 【 あり なし 不明 】 (病名: 時期: 年 月 頃)
- 結核の既往の有無 【 あり なし 不明 】 (病名: 時期: 年 月 頃)
- 現在医療機関受診状況の有無 【 あり なし 不明 】 (病名:)

医療機関名: 診療科: 医師名:

投薬内容: