**医療機関受診連絡票**

記入日：令和　　年　　　月　　　日

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当

TEL

宛先

医療機関名

医師氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | | | | | **性別**  男  女 | | **住所** | | | | | |
| **氏 名** | （　　）歳 | | | | | |  | | | | | |
| **生年月日** |  |  | 年 |  | 月 |  | | 日 | **電話** |  | **－** |  | **－** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談者** | **本人との続柄**（　　　） | **要介護度** | 要支援1・2　要介護 1・2・3・4・5　申請中　未申請 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **〇医療機関受診連絡票活用の主旨** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **〇受診について本人への説明の有無・理解の状況、治療への思い等　（相談者　・　本人　　より聞き取り）** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **○認知症の主な症状と出現の時期、出現の仕方について　　　　　（相談者　・　本人　　より聞き取り）** | | | | | | |
| 今回の症状はいつから？　＜　（　　　　）年・（　　　　）か月・（　　　　）週間　＞前から  どのように？ | | | | | | |
| **〇今、困っていること　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（相談者　・　本人　　より聞き取り）** | | | | | | |
| もの忘れ（自覚　有　無）  せん妄  意欲低下  物盗られ妄想  幻視幻聴等  こだわりのある行動  外出して戻れない（徘徊）  性格の変化  本人の暴力（対象　特定　不特定） | | | 物事の段取りがうまくできない  金銭管理が困難  服薬管理が困難  介護力不足  介護拒否  （本人家族）  介護者の認知症の理解  不眠、昼夜逆転等 | | その他特記事項 | |
| **〇既往歴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（相談者　・　本人　より聞き取り）** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **〇現病歴・医療機関受診状況**　　（有　無　不明）　　　　　　　　　　　　**（相談者　・　本人　より聞き取り）** | | | | | | |
| **医療機関名** | **医師名** | **疾患名** | | **内服状況** | | |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **〇家族構成（本人は◎、キーパーソンは☆）** | **家族に関する特記事項** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **〇日常生活状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（相談者　・　本人　　より聞き取り）** | | | | | |
| **食事** | 自立　　 　一部介助 　　全介助 | | **調理** | 自立 一部介助 全介助 | |
| **移動** | 自立　　 　一部介助 　　全介助 | | **買い物** | 自立 一部介助 全介助 | |
| **排泄** | 自立　　 　一部介助 　　 全介助 | | **金銭管理** | 自立 一部介助 全介助 | |
| **入浴** | 自立　　 　一部介助 　　全介助 | | **医療機関受診** | 自立 一部介助 全介助 | |
| **掃除洗濯** | 自立　 　　一部介助 　　全介助 | | **服薬管理** | 自立 一部介助 全介助 | |
| **〇サービス利用概要** | | | | | |
| 訪問看護 回/週  訪問リハ　　　　　　　　　　　 回/週  通所リハ　　　　　　　　　　 　回/週 | | 訪問入浴　　　　　　　　　　　　回/週  訪問介護　　　　　　　　　　　　回/週  短期入所　　　　　　　　　　　　回/週 | | | 短期入所　　　　　　　　　回/週  福祉用具　　　　　　　　　回/週  住宅改修　　　　　　　　　回/週 |

|  |
| --- |
| **その他特記事項** |
|  |