**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** |
|  |