

①男鹿市 医療・介護連携シート〔もの忘れ等相談用〕

介護支援専門員・地域包括支援センター ⇒ 医療機関

このシートに書ききれない場合は、「別紙」に記載してください。

| | | |
|-----|--------------------------------------|------------|
| 提出先 | 医療機関名：〇〇〇〇〇〇 | 記入例 |
| 作成日 | 令和元年5月31日 | |
| 作成者 | 氏名：〇〇 〇〇 所属：〇〇居宅介護支援事業所 TEL 〇〇-〇〇〇〇〇 | |

①受診者について

| | | |
|-------|---|--|
| 受診予定日 | 令和元年6月16日(金) 10時00分 予定 <input checked="" type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> | |
| 受診者 | 氏名：〇〇 〇〇〇 (<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) 生年月日：昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳) | |
| | 住所：男鹿市〇〇〇〇 | TEL 〇〇-〇〇〇〇〇〇 |
| | 世帯状況：一人暮らし、同居者あり (長男、長男の妻、孫) | |
| 同行者 | 氏名：〇〇 〇〇 | 続柄：長男の妻 (<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) TEL 〇〇-〇〇〇〇〇〇 |
| 受診目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 診断 | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の治療の相談 (服薬 病気の説明 生活上の助言) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 行動障害への対応 | <input type="checkbox"/> 要介護認定主治医意見書の作成依頼 |
| | <input type="checkbox"/> 歯科治療 | <input type="checkbox"/> その他 () |

②経過

今回の症状はいつ頃から？ 年 月頃から 今から約3 年・月・日 前から 不明

どのように？(具体的に) だんだんもの忘れが目立つようになり、最近では財布や通帳を無くし、長男の妻を疑うようになった。

③いま、困っていること、相談したいこと

・本人が困っていることは〔本〕に○を、家族や主介護者が困っていることは〔家〕に○をしてください。
 ・() 内には症状や状況、頻度などを記入してください。

| | | | |
|---|-------------|--|------------|
| 〔本・家〕 食欲低下 | 〔本・家〕 脱水傾向 | 〔本・家〕 尿失禁 | 〔本・家〕 便失禁 |
| 〔本・家〕 疲れ易い | 〔本・家〕 手足の震え | 〔本・家〕 <input checked="" type="checkbox"/> もの忘れ | 〔本・家〕 意欲低下 |
| 〔本・家〕 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 (長男の妻が財布を盗んだと言う。) | | 〔本・家〕 幻視 () | |
| 〔本・家〕 幻聴 () | | 〔本・家〕 せん妄 () | |
| 〔本・家〕 不眠、昼夜逆転等 () | | 〔本・家〕 <input checked="" type="checkbox"/> 大声を出す (下記に記載。) | |
| 〔本・家〕 異常な食欲 (過食・異食) | | 〔本・家〕 体重変化 (増・減) | |
| 〔本・家〕 本人の暴力 特定 () ・不特定 | | 〔本・家〕 収集癖 () | |
| 〔本・家〕 過度の飲酒 | | 〔本・家〕 自動車の危険運転 | |
| 〔本・家〕 外出して戻れない () | | | |
| 〔本・家〕 こだわりのある行動 () | | | |
| 〔本・家〕 <input checked="" type="checkbox"/> 性格の変化 (もともとはおとなしい性格だったが、だんだん短気になってきた。) | | | |
| 〔本・家〕 物事の段取りがうまくできない (調理 外出の準備) | | | |
| 〔本・家〕 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活が困難 (調理・買い物・ごみ出し・入浴・排泄・洗濯・服薬・ <input checked="" type="checkbox"/> 金銭管理) | | | |

・上記のほかにも困っていることや、歯科治療の際にこのシートを用いる場合は、口の中の状態 (痛いところがある、義歯が合わない、口の渇きが気になる等) を記載してください。

もの忘れが少しずつ目立ちはじめ、最近では受診予約の日を忘れている。また、財布や通帳など大事なものを自分でどこにしまったかを忘れ、長男の妻に「お前が盗っただろう。出せ。」などと大声で言い、長男の妻は怖がっている。長男が本人にしまい忘れを指摘するが、聞き入れず、怒ってくる。

・受診の際に相談したいことを具体的にご記入ください。
認知症なのか、薬で落ち着くのか、どのように接したらよいのかを相談したい。

**受診する本人またはご家族が、
 どういったことを相談したいのか、
 具体的に記入してください。**

①男鹿市 医療・介護連携シート〔もの忘れ等相談用〕

介護支援専門員・地域包括支援センター ⇒ 医療機関

④現在、受診している病院等（歯科受診を含む）

| | |
|----------------------|--|
| 医療機関名 ○○歯科 | このシートを提出する医療機関以外を受診している場合は、わかる範囲で記入してください。 |
| 主治医氏名 ○○ ○○ | |
| かかりつけ薬局 ○○○○ | |
| 医療機関名 ○○○センター (○○○科) | |
| 主治医氏名 ○○ ○○ | |
| かかりつけ薬局 ○○○○ | |
| 医療機関名 (科) | |
| 主治医氏名 | |
| かかりつけ薬局 | |

⑤サービスの利用状況、介護状況等

| 介護認定の状況 | 家族構成 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護・要支援（1） 認定期間 H29.11.1～H30.10.31 | ・主介護者、キーパーソンがわかるように記載する。 ・同居は○で囲む。 |
| 担当の介護支援専門員 氏名：○○ ○○ 事業所名：○○居宅介護支援事業所 電話番号：○○-○○○○ | <p>長男の妻55歳（主介護者、キーパーソン） 本人 □ 孫22歳、会社員 □ 長男57歳、会社員 □ 妻H27死去 ● 長女、秋田市、会社員 ○</p> |
| 利用しているサービス等（頻度） 介護保険：通所介護（週2回） | |
| 自立支援： 医療保険：往診や医療保険の訪問看護等 その他： | |

⑥その他、伝えたいこと

サービス利用時の様子や受診時に配慮してほしいこと等、シート各項目で記入したことの他に伝えたいことがあれば記入してください。

⑦本人・家族同意欄

この医療・介護連携シート〔もの忘れ等相談用〕及び別紙を _____ へ提出することに同意します。

令和元年5月2日 氏名： ○○ ○○ (印) (続柄：長男の妻)

※本人・家族の同意がとれない場合はその理由 ()

高齢者虐待やその他特別な事情がある場合を除き、必ず本人・家族の同意を得てください。

①男鹿市 医療・介護連携シート〔もの忘れ等相談用〕

介護支援専門員・地域包括支援センター ⇒ 医療機関

別 紙

シートに書ききれないこと等がありましたら記載してください。

シートに書ききれないことがある
場合に記入してください。
記入がない場合は、医療機関に提
出する必要はありません。