

診療情報提供書

シートA

## 認知症情報提供シート &lt;&lt; 医療機関 → 包括・居宅 &gt;&gt;

記入年月日

事業所名

御中

医療機関名

主治医

印

下記のとおり、訪問・相談を依頼いたします。

本人氏名		生年月日	
住 所			
電話番号			
キーパーソン	氏名(続柄)		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	電話番号	①	②

1. 受診日 \_\_\_\_\_

2. 受診結果  診察  検査  指導

今後の認知症のフォロー

 自院でのフォロー 他院でのフォロー

医療機関名

 専門医療機関への紹介

医療機関名

 その他( )

発症日	診断名	処方内容
主訴・問題点		
<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 興奮・不穏 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他精神症状( )		
病 歴		
認知症スケール HDS-R= ( ) MMSE= ( )		
障害高齢者の生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度

## 認知症情報提供シート &lt;&lt; 医療機関 → 包括・居宅 &gt;&gt;

## 3. ご本人、ご家族への説明・指導内容

説明を受けた人  本人  家族(続柄: \_\_\_\_\_)

指導内容

## 4. サービス導入等検討事項

- デイサービスの利用       訪問看護       ヘルパーの利用  
 ショートステイの利用       成年後見制度の利用       趣味の活動を見つける  
 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用      (地域活動・集いの場への参加)  
 その他( \_\_\_\_\_ )  
 施設入所  
 入院     精神科       その他( \_\_\_\_\_ 科)

意見等

## 5. 医療機関から相談機関への伝達事項(初回連絡・訪問の際に配慮すべきこと)

相談機関からの問い合わせ方法

- 電話    都合のいい時間帯  
 FAX  
 メール    アドレス

## 6. 次回受診(相談)予定日

\_\_\_\_\_ または予定時期 \_\_\_\_\_ ヶ月後頃 \_\_\_\_\_

## 7. 情報提供シート受理の報告

- 電話     FAX     メール

\_\_\_\_\_ アドレス \_\_\_\_\_

※この書類は、ご本人またはご家族の了解を得て相談機関に情報提供するものです。