

診療情報提供書

シートA

認知症情報提供シート << 医療機関 → 包括・居宅 >>

記入例

記入年月日 令和3年10月1日

事業所名 地域包括支援センターかこがわ 御中

ドロップダウンリストから選択か
直接入力

医療機関名 加古川クリニック
主治医 加古川 太郎 (印)

下記のとおり、訪問・相談を依頼いたします。

ドロップダウンリストから選択

本人氏名	播磨 次郎	男	生年月日	昭和15年10月10日	80
住所	加古川市加古川町篠原町103-3				
電話番号	079-000-0000				

キーパーソン	氏名(続柄)	加古川 春子	長女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
	電話番号	① 090-0000-0000	②	079-000-0000

1. 受診日 令和3年9月1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	
2020.4.1~	アルツハイマー型認知症	アリセプト	
主訴・問題点 ★170文字まで ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
<input type="checkbox"/> 失見当識 <input checked="" 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			
2018.5	○○○○○○○○○	2019.5	○○○○○○○○○
2018.12	○○○○○○○○○	2020.10	○○○○○○○○○
認知症スケール HDS-R= 20 (serial7 1/3、語の流暢性3/5)			
MMSE= (_____)			
障害高齢者の生活自立度	J1	認知症高齢者の日常生活自立度	I

ドロップダウンリストから選択

認知症情報提供シート ≪ 医療機関 → 包括・居宅 ≫

記入例

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: **長女**)指導内容 **★170文字まで**

あいうえおかきくけこさしすせそたちつてとなにぬねのはひふへほまみむめもやゆよりりるれろ
 わをんあいうえおかきくけこさしすせそたちつてとなにぬねのはひふへほまみむめもやゆよりり
 るれろわをんあいうえおかきくけこさしすせそたちつてとなにぬねの

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
 入院 精神科 その他(科)

意見等 **★220文字まで**

あいうえおかきくけこさしすせそたちつてとなにぬねのはひふへほまみむめもやゆよりりるれろ
 わをんあいうえおかきくけこさしすせそたちつてとなにぬねのはひふへほまみむめもやゆよりり
 るれろわをん

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)

★220文字まで

あいうえおかきくけこさしすせそたちつてとなにぬねのはひふへほまみむめもやゆよりりるれろ
 わをんあいうえおかきくけこさしすせそたちつてとなにぬねのはひふへほまみむめもやゆよりり
 るれろわをん

相談機関からの問い合わせ方法

- 電話 都合のいい時間帯 **木曜日 14:00-15:00**
 FAX
 メール アドレス

6. 次回受診(相談)予定日

令和3年10月1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

アドレス

- 電話 FAX メール

※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。