

認知症情報提供シート << 包括・居宅 → 医療機関 >>

シートB

医療機関名 _____ 主治医 _____ 先生 _____

記入年月日

事業所名		担当者		TEL	
------	--	-----	--	-----	--

ふりがな		性別		生年月日		年齢	
本人氏名						0	
本人住所				本人連絡先			
要介護認定度		有効期間	～		現在利用サービス		

1. 訪問日 _____

2. 訪問結果

3. 他院受診について

現在治療中および過去に罹患の疾病 聞き取り不可能

診断名	いつから	治療状況(内服・経過観測・外科手術)	医療機関名

認知症情報提供シート << 包括・居宅 → 医療機関 >>

シートB

4. 介護状況

家族構成(関係図) 同居者を○で囲む 	主たる介護者(関係など)
--	----------------------------------

5. 日常生活で困っていること(聞き取り内容)

- 排泄 食事 入浴 睡眠 服薬 金銭管理 消費者被害
- 掃除 ゴミ捨て 車の運転 BPSD(幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護拒否)
- その他()

具体的内容

6. 特記すべき事項(相談機関から医療機関へ依頼したいこと、など)

- 主治医意見書の作成を希望する
- 成年後見制度における診断書作成希望
- 同伴受診を希望
- 今回の相談内容ならびに診断結果を介護保険の主治医の意見書に反映させることを希望する
- 専門医療機関との連携を希望する
- 専門的な検査を希望する
- その他

7. 情報提供シート受理の報告

アドレス

- 電話 FAX メール
- 不要

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