

医療・介護連携シート

介護支援専門員・包括⇔医療機関

記入日：平成 年 月 日

受診予定日：平成 年 月 日 予定 ・ 未定

記入者 氏名： 所属： 電話：

このシートは、医療機関への情報提供を的確に伝えることを目的としています。

受診者	氏名： 生年月日： 年 月 日 (歳)	
	住所：北上市	
	世帯状況： 独居・ 高齢者世帯・ ()人家族	
同行者	氏名： 連絡先：	本人との関係：
受診目的	・ 診断 ・ 治療の相談(服薬の必要性 ・ 病気の説明 ・ 生活上の助言 ・ 入院希望) ・ B P S D 対応 ・ 要介護認定意見書 ・ その他 ()	

【認知症の経過】

今回の症状はいつ頃から⇒今から約 ()年・月・日 前 病識 (あり ・ なし ・ 不明) どのように？(具体的に)⇒	
今、困っていること 《本人》 困っている・困っていない 《家族》 困っている・困っていない 《関係者》 困っている・困っていない	症状 認知機能障害の可能性 あり ・ なし 記憶障害 徘徊 幻視・幻聴・妄想 介護抵抗 意欲低下 火の不始末 性格の変化 こだわり 段取りができない 睡眠異常 失神・立ちくらみ 尿失禁 麻痺 症状の急激な進行 病的行動(暴言・暴行 不潔行為 食行動異常 性的問題行動 収集癖) 病的感情(興奮・抑うつ・不安)
	身体状況 問題 あり ・ なし 食欲低下 脱水 体重減少 ふらつき・歩行障害 手足の震え
	A D L・I A D L の状況(支援が必要なものをチェック) 金銭管理 買い物 服薬管理 移動・外出 家事 食事の支度 食事 整容 着替え 排泄
	日常生活継続能力 あり なし
	その他具体的に
過去の認知症診断の有無	あり ・ なし ・ 不明 過去に処方歴なし 現在内服中 中断 理由

【既往歴】

医療機関受診状況 (歯科受診含む)	病名：	医療機関：	服薬：あり・なし
	病名：	医療機関：	服薬：あり・なし
	投薬内容：		
精神疾患の既往	あり（ ） ・ なし ・ 不明		
かかりつけ医の紹介状	あり ・ なし		

【環境】

要介護度	未申請　・申請中　・要支援()　・要介護()　・非該当
利用サービス	介護：訪問介護・通所介護・通所リハビリ・訪問リハビリ 福祉用具・ショートステイ・住宅改修・その他 医療：() 障がい：() 非公的：民生委員・配食・その他() 介護予防事業：()
担当ケアマネ	氏名： 事業所： 電話：
介護者	あり()　・なし　・不明
キーパーソン	あり()　・なし　・不明
家族構成	

【その他、伝えたい内容】

--

【医療の状況】

受診日	平成 年 月 日
病名	
治療状況	☐ 服薬 ☐ 経過観察 ☐ 入院
今後の フォロー	☐ 当院でフォロー 次回予定(月 日) ☐ 他院へ紹介 医療機関() ☐ その他 ()
連絡 事項	