

医療・介護連携シート <記入例>

介護支援専門員・包括 ⇒ 医療機関

(岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク作成 H26.10)

記入日：平成 年 月 日

受診予定日：平成 〇年 〇月 〇日 **予定** ・ 未定

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。

記入者	氏名： <b>滝沢 馬子</b> 所属： <b>地域包括支援センター</b> 電話： <b>684-2111</b>
受診者	ふりがな 氏名：〇〇 〇〇 生年月日：SO 年 〇月 〇日 ( 〇歳)
	住所： <b>滝沢市〇〇 〇-〇</b>
	世帯状況： <b>独居</b> ・ 高齢者世帯 ・ ( ) 人家族
同行者	氏名：△△ △△ 連絡先TEL：〇〇〇-〇〇〇〇 本人との関係 ( <b>娘</b> )
受診目的	・ <b>診断</b> ・ 認知症の治療の相談 ( ・ 服薬の必要性 ・ 病気の説明 ・ 生活上の助言 ) ・ BPSD対応 ・ <b>要介護認定意見書</b> ・ その他 ( )

【認知症の経過】

〇今回の症状はいつ頃から？ ⇒ 今から約 ( **6** ) 年 **月** 日 前  
 どのように？ (具体的に) ⇒ ( **同じことを何度も聞く、しまい忘れ(通帳の紛失が半年で5回)** )

今、困っていること	・ 食欲低下 ・ 脱水傾向 ・ 体重の変化 ・ 尿失禁 ・ ふらつき ・ 疲れやすい ・ 手足の震え ・ 急に歩けなくなった
《本人》 困っている・困っていない	・ <b>もの忘れ</b> (自覚：有・ <b>無</b> ) ・ <b>意欲低下</b> ・ せん妄 ・ 収集癖 ・ 物盗られ妄想 ・ こだわりのある行動 ・ 幻視や幻聴
《家族》 困っている・困っていない	・ 異常な食欲 (過食・異食) ・ 外出して戻れない ・ 性格の変化 ・ 本人の暴力 (対象：特定・不特定)
《関係者》 困っている・困っていない	・ 物事の段取りがうまくできない (調理等) ・ 介護拒否 (本人・家族) ・ 日常生活が困難 ( 調理・買物・入浴・排泄・洗濯・ <b>服薬管理</b> ・ <b>金銭管理</b> ) ・ 介護力不足 (理解不足・関係が悪い・独居や高齢世帯) ※ <b>2か月前より合わなくなった</b>
近所の人	・ その他具体的に ↳ <b>回覧板を次の人にまわせない</b>
過去の診断の有無	あり ・ <b>なし</b> ・ 不明 ↳ 診断日： 年 月 診断名：アルツハイマー型 ・ 前頭側頭型 ・ レビー小体型 脳血管性認知症 ・ その他 ( ) 医療機関名： ( ) 医師名： ( )

【既往歴】

医療機関受診状況	病名： <b>脳梗塞</b> 医療機関：〇〇 <b>病院</b> 服薬： <b>あり・なし</b>
	病名： <b>白内障</b> 医療機関： <b>△△眼科</b> 服薬： <b>あり・なし</b>
	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： <b>貴医院での服薬の他は、点眼薬のみです</b>	
精神疾患の既往	あり ( ) ・ なし ・ <b>不明</b>
かかりつけ医の紹介状	あり ・ なし

「医療・介護連携シート」記入例  
 およびポイント 

〇受診予定日

未定の場合でも「〇月中旬予定」「〇月第〇週予定」など、ある程度時期が決まっていれば、欄外に記入ください。

〇受診目的

当てはまる項目全てにチェックをお願いします。

〇今回の症状

今回、相談したいと思う状況について記入。  
 下段の今、困っていることと重複することもあるかと思えます。

〇今、困っていること

誰が、何に困っているのか (または困っていないのか)、矢印や余白への記入もしながら記入下さい。

〇過去の診断の有無

過去に、認知症に対する診断を受けたことがあるか記入下さい。

〇既往歴

把握している範囲で記入下さい。  
 ・今回、連携シートを渡す医療機関が主治医であれば、そこで処方されている薬の記入は不要です。  
 投薬内容欄に、「貴医院での服薬の他、〇〇 ××・・・」と記入します。また、かかりつけ医の紹介状欄は空欄になります。

**【環境】**

要介護度	未申請 ・ 申請中 ・ <b>要支援</b> ( 2 ) ・ 要介護 ( ) ・ 非該当
利用サービス	介護：訪問介護 ・ <b>通所介護</b> ・ 通所リハビリ ・ 訪問リハビリ 福祉用具貸与 ・ ショート ・ 住宅改修 ・ その他 ( ) 医療：( ) 障がい：( ) 非公的：民生委員 ・ 配食 ・ <b>その他</b> ( <b>生協個別宅配 1/W</b> ) 介護予防事業：( )
担当ケアマネ	氏名： <b>記入者と同じ</b> 事業所：
介護者	あり ( ) ・ <b>なし</b> ・ 不明
キーパーソン	<b>あり</b> ( <b>△△ △△ (娘)</b> ) ・ なし ・ 不明
家族構成	<p>H20.亡</p> <p>○歳・△県 関係悪い</p> <p>○歳・×市、週1回買い物支援</p>

**【その他、伝えたい内容】**

**半年前より認知症状が目立ちはじめましたが、定期受診は本人のみのため、認知症状に対する相談はされていません。**

**今回、介護保険更新申請に伴う受診を、娘さん同行で予定しています。娘さんから認知症状に対する相談があったため、事前に情報提供させていただきます。**

**よろしくお願いします。**

**○その他、伝えたい内容**

医療機関が短時間に状況を把握できるよう、必要な情報のみをできるだけ簡潔にまとめてください。  
また、本人の受診希望の有無もお書きください。

- 例1) 家族が認知症介護に混乱しています。
- 例2) 同居の妻にももの忘れがあり、ご本人の服薬管理ができません。
- 例3) 訪問販売の請求が多額になっている状況です。
- 例4) 残飯等を室内外に溜めており悪臭がひどく、近隣住民から苦情がきています。
- 例6) アルコール依存(4合/日、焼酎)があります。
- 例5) <<相談経過>>  
HO. ○月 妻より本人のもの忘れの症状があると相談をうける。  
HO. ○月 受診を促すが、本人の強い拒否があり受診には結びつかず。  
今回、市の長寿健診のため受診予定です。妻が同行し認知症状について相談予定です。

**【本人・家族同意欄】**

この「医療・介護連携シート」を、岩手西北医師会認知症地域支援ネットワークの医療機関へ提示することに同意します。

平成 ○年 ○月 ○日 氏名： △△ △△  
(本人でない場合 続柄 娘 )

※本人・家族のサイン、または同意がとれない場合はその理由

**○本人・家族同意欄**

原則、ご本人またはご家族の同意を頂いた上で、医療機関へ提示ください。

同意のサインがとれない場合、同意がとれない場合はその理由をお書きください。

- 例1) 独居であり、長男は〇〇県在住。電話にて長男からの同意は確認
- 例2) 夫婦ともに認知機能低下のため意思確認できず。

※お伺いした個人情報については、岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク内でデータを統計的に処理し、個人を特定できない形で利用することがあります。