

(ご家族記入)

記入年月日

年

月

日

ふりがな		生年月日	年齢	性別	記入者氏名 (本人との関係)	()
本人氏名		明・大・昭 年 月 日		男・女		
本人住所			本人連絡先		記入者連絡先	

(ご家族または、相談機関が記入してください。)

1. 次のような症状が、ありますか？ 該当項目の□にチェックを入れてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何回も聞いたり話したりする | <input type="checkbox"/> 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ |
| <input type="checkbox"/> 約束を忘れる、間違える | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった | <input type="checkbox"/> 一日中家の中でボーっと過ごしていることが多くなった |
| <input type="checkbox"/> 料理、買物など家事をしなくなった | <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い | <input type="checkbox"/> もの忘れを認めようとしてない |
| <input type="checkbox"/> 大切なものを盗まれたと言う | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒るようになった |
| <input type="checkbox"/> 見えないはずの物や人が見えると訴える | <input type="checkbox"/> はっきりしている時とボーっとしている時がある |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時に大きな声の寝言や異常な行動がある | <input type="checkbox"/> 体を動かすににくい、手足がふるえる、歩きづらといった症状がある |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

その他 具体的な内容をお書きください

2. 1にある症状が出始めたとき、または、「いままでと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じた時期です。

年 月 頃

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って _____ へご相談ください。

もの忘れ相談シート
『相談機関 → 医療機関』連絡シート

【シート2】

紹介医療機関名 主治医 様

(相談機関による記入) 記入年月日 令和 年 月 日

受付 相談機関名		担当者		連絡先	
本人氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	本人 住所		

1. 介護保険サービスの利用について

(1) 要介護認定 申請未・総合事業対象者・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 有効期間 令和 年 月 日まで

(2) 担当居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー
連絡先

(3) 現在利用サービス 無・有 (別添 ケアプラン1・2表・週間サービス計画表)

2. 主治医について

(1) 主治医の有無 無・有 医療機関名 主治医名

(2) 現在治療中および過去に罹患の疾病

診断名	いつから	治療状況	医療機関名
		内服・経過観察・外科手術	
		内服・経過観察・外科手術	
		内服・経過観察・外科手術	
		内服・経過観察・外科手術	

(3) 認知症について過去の受診歴 無・有 医療機関名 担当医名

3. 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)

4. 接し方について困っていること(ケアの仕方について困っていること)

項目について□にチェックを入れた後、詳細に記載

排泄 食事 入浴 睡眠 服薬 消費者被害 周辺症状(幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護への抵抗・徘徊・火の不始末・異食行動・性的問題行動・易怒性) その他()

具体的内容

5. 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)

- 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
- 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

居宅介護支援事業所及び在宅介護・地域包括支援センターが行う支援に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、当該利用者に関する情報を居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 本人又は家族の署名

* 連携医療機関の医師・担当者の方へ…【シート3】に記入の上、情報提供をお願いします。

もの忘れ相談シート運用実績簿

提出日：令和 年 月 日

事業所名：

NO	対象者氏名	年齢	相談者続柄	住所	医療機関	シート1	シート2	シート3	シートを使用した経緯、受診結果、その後の経過 など	担当ケア マネジャー
						利用または手元に届いた日、利用したものに○				
(例)	〇〇 △△	〇〇	夫	緑町	〇〇クリニック	11/1 ○	11/1 ○	11/30 ○	令和〇△年〇月頃より、もの忘れがみられ、毎日同じ食料品を買ってきたり、火の消し忘れ、物盗られ妄想が出現。週1回長女が訪問し、身の回りの世話をしているが、同居の夫は心疾患の持病があり、介護負担が大きい。認知症の精査の上、デイサービス利用を増やすために意見書への反映を希望し、かかりつけ医にシートを利用。かかりつけ医より〇△病院神経内科を紹介され、12月に受診予定。	□□ ××
1										
2										
3										
4										
5										

★提出先：〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28 武蔵野市高齢者支援課相談支援係認知症担当 電話：0422-60-1846