

認知症相談票

宮城県認知症疾患医療センター(南浜中央病院)

事前連絡日:

作成日:

○カルテ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		相談日時	患者同席 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		記録者:
○相談経緯(理由): 当院を知った経緯 → <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 自分で調べて <input type="checkbox"/> 他 ()					
氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年	月 日 歳
○住所 〒			電話 携帯		
相談者属性: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 初期集中 <input type="checkbox"/> 他()					
○相談者 <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 電話		様	続柄:	電話 携帯	
関係者 ①		様	続柄:	電話 携帯	
②		様	続柄:	電話 携帯	
③		様	続柄:	電話 携帯	
○緊急時の連絡先:					
○保険種別 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保(○本 ○家) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他 ()					
○障害手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 級					
○年金 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 障害 級 ・ <input type="checkbox"/> 老齢 月収入額(万円)					
○相談内容(主訴):					
○病名告知……					
○現病歴及び受診相談までの経緯			身体・ADL		精神状態
記入欄			身長・体重	cm ・ kg	<input type="checkbox"/> せん妄
【生活歴】			裸眼・矯正()		<input type="checkbox"/> 妄想
			視力	緑内障 無・有(右・左)	<input type="checkbox"/> 幻視幻聴
				白内障 無・有(右・左)	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
			聴力		<input type="checkbox"/> 大声奇声
			疎通		<input type="checkbox"/> 不潔行為
			利き手		<input type="checkbox"/> 暴言暴力
			褥瘡		<input type="checkbox"/> 自傷
【現病歴】			排泄		<input type="checkbox"/> 失見当識
			失禁		<input type="checkbox"/> 記憶障害
			歩行		<input type="checkbox"/> 異常行動
			食形態		<input type="checkbox"/> こだわり
			入浴		<input type="checkbox"/> 不眠
			更衣		<input type="checkbox"/> 物忘れ
			麻痺		<input type="checkbox"/> 易怒・興奮
			服薬		<input type="checkbox"/> 不穏
			ストマ		<input type="checkbox"/> 心氣的
			人工透析		<input type="checkbox"/> 焦燥
			膀胱留置カテーテル		
○特記事項・受診予定日					

○出身地.....
○最終学歴.....
○結婚歴 有・無 回数()・年齢() ○兄弟姉妹..... 人中 番目
○引越経験.....
○就職歴(具体的な職種).....
○日課／こだわり.....
○趣味 有・無
○性格 元々.....
○性格変化 有・無
○地域／人との関わり.....
○アレルギー 有・無
○過去に家族で認知症と診断された方 <input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無
○かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無 / 紹介状 <input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無
○認知症の診断歴 <input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無 / 薬手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
○精神科の受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 画像データ <input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無
○既往歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
病名 発症日 入院・通院歴 医療機関名などを記入
○飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()合/日
○喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()本/日
○高血圧症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
○脂質異常症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
○糖尿病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → インスリン注射 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 実施する人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人
○心疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
○喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Q/分
○甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
○介護認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (区変中 ・ 認定済 : 要支援 要介護)
担当CM: 有効期限()
○サービス利用内容及び家族による介護状況 施設申込 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (申込施設名・時期)
○家族構成
※家族状況や特記事項「関係性・経済状況等」が分かれば記入