

# 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  有  無      相談日時: \_\_\_\_\_      患者同席  有  無      記録者: \_\_\_\_\_

○相談経緯(理由): 当院を知った経緯 →  CM  施設  包括  病院  行政  自分で調べて  他 ( \_\_\_\_\_ )

氏名: \_\_\_\_\_      性別:  男  女      生年月日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_歳

○住所 〒 \_\_\_\_\_      電話 携帯 \_\_\_\_\_

相談者属性:  家族  CM  施設  病院  保健所  初期集中  他 ( \_\_\_\_\_ )

○相談者  来院  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  国保  社保 (  本  家 )  生保  後期  その他 ( \_\_\_\_\_ )

○障害手帳  有  無       身体  療育  精神      級 \_\_\_\_\_

○年金  身体  知的  精神 障害 級 \_\_\_\_\_       老齢      月収入額( \_\_\_\_\_ 万円)

○相談内容(主訴): \_\_\_\_\_

○現病歴及び受診相談までの経緯

記入欄	身体・ADL		精神状態
	身長・体重	cm ・ kg	
【生活歴】	裸眼・矯正( )		<input type="checkbox"/> せん妄
【現病歴】	視力	緑内障 無・有(右・左)	<input type="checkbox"/> 妄想
		白内障 無・有(右・左)	<input type="checkbox"/> 幻視幻聴
	聴力		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	疎通		<input type="checkbox"/> 大声奇声
	利き手		<input type="checkbox"/> 不潔行為
	褥瘡		<input type="checkbox"/> 暴言暴力
	排泄		<input type="checkbox"/> 自傷
	失禁		<input type="checkbox"/> 失見当識
	歩行		<input type="checkbox"/> 記憶障害
	食形態		<input type="checkbox"/> 異常行動
	入浴		<input type="checkbox"/> こだわり
	更衣		<input type="checkbox"/> 不眠
	麻痺		<input type="checkbox"/> 物忘れ
	服薬		<input type="checkbox"/> 易怒・興奮
	ストマ		<input type="checkbox"/> 不穏
人工透析		<input type="checkbox"/> 心氣的	
膀胱留置カテーテル		<input type="checkbox"/> 焦燥	

○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 有( )・無

○かかりつけ医 有( )・無 / 紹介状 有( )・無

○認知症の診断歴 有( )・無 / 薬手帳 有( )・無

○精神科の受診歴 有無 画像データ有( )・無

○既往歴 有無

病名 発症日 入院・通院歴 医療機関名などを記入

○飲酒 なし あり ( )合/日

○喫煙 なし あり ( )本/日

○高血圧症 なし あり

○脂質異常症 なし あり

○糖尿病 なし あり → インスリン注射 なし あり → 実施する人 家族 本人

○心疾患 なし あり → ペースメーカー なし あり

○喘息 なし あり → 在宅酸素療法 なし あり ㊩/分

○甲状腺疾患 なし あり

○介護認定 無 申請中 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 有 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