

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 〆/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			