

# 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	
○相談内容(主訴):					
○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		<input type="checkbox"/> せん妄
【生活歴】			体重		<input type="checkbox"/> 妄想
			視力	白内障 <input type="checkbox"/> 有 緑内障 <input type="checkbox"/> 有	<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
			褥瘡		<input type="checkbox"/> 不潔行為
			排泄		<input type="checkbox"/> 暴言暴力
			失禁		<input type="checkbox"/> 自傷
			歩行		<input type="checkbox"/> 失見当識
			食事		<input type="checkbox"/> 記憶障害
			入浴		<input type="checkbox"/> 異常行動
			更衣		<input type="checkbox"/> こだわり
			麻痺		<input type="checkbox"/> 不眠
			服薬		<input type="checkbox"/> 物忘れ
			ストマ		<input type="checkbox"/> 易怒・興奮
			人工透析		<input type="checkbox"/> 不穏
			膀胱留置 カテーテル		<input type="checkbox"/> 心氣的
					<input type="checkbox"/> 焦燥
○特記事項・受診予定日					

○出身地			
○最終学歴			
○結婚歴			○兄弟姉妹
○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( )
○認知症の診断歴	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無	/ 薬手帳 <input type="checkbox"/> 有( )
○精神科の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		画像データ <input type="checkbox"/> 有( )
○既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		医療機関名
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	ℓ/分
○甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
○介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要支援	要介護
担当CM: _____			
○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
○家族構成			
※家族状況や特記事項「関係性・経済状況等」があれば記入			