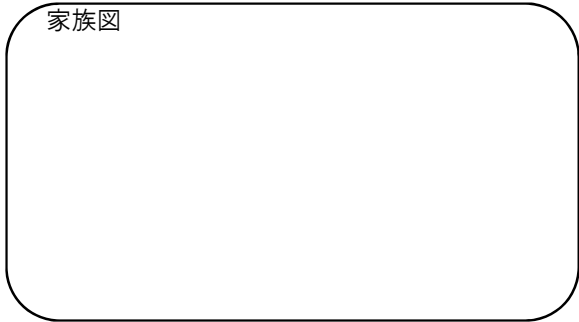


送付目的		
相談に至る経緯	<input type="checkbox"/> (ご家族・ )より相談あり <input type="checkbox"/> 民生委員や地域住民より相談あり <input type="checkbox"/> 高齢者実態把握調査より <input type="checkbox"/> その他( )	
送信者	所属: _____ FAX: _____ 氏名: _____ TEL: _____	

対象者	氏名: _____ 様 年齢: _____ 歳 性別: 男・女
	住所: _____
	要介護認定: 要支援1・2 要介護1・2・3・4・申請中 サービス利用: なし・あり( ) 他医療機関利用: 有・無 (主な医療機関: _____)

<input type="checkbox"/> 最近あったできごとを忘れる	<input type="checkbox"/> 意欲がなくなった、以前楽しめたことが楽しくない
<input type="checkbox"/> 同じことを聞き返すようになった	<input type="checkbox"/> 抑うつ的だったり、涙もろくなったりしている
<input type="checkbox"/> 同じものを何度も買う、いつも大きいお金で支払う	<input type="checkbox"/> 日中ぼーっとしていることがある
<input type="checkbox"/> 正しい年齢が言えない(3歳以上食い違う)	<input type="checkbox"/> ハッキリしているときと、ハッキリしていないときがある
<input type="checkbox"/> 時間、曜日、日付などの感覚がおかしい	<input type="checkbox"/> 体が硬い、動作が遅い、歩きが小股等の症状がある
<input type="checkbox"/> 外出して戻れないことがある、道に迷う	<input type="checkbox"/> ないものが見えたり、聞こえたりするようだ(幻視・幻聴)
<input type="checkbox"/> 家事ができなくなった(料理・洗濯・掃除等)	<input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おや?と思う行動をしたりする
<input type="checkbox"/> 薬の管理ができない	<input type="checkbox"/> 物・お金を盗られたと言う
<input type="checkbox"/> 洋服を選んで着れない、適切に着れない	<input type="checkbox"/> 火の不始末がある(タバコの火の不始末・鍋焦がし等)
<input type="checkbox"/> 一人で入浴しなくなった	<input type="checkbox"/> 落ち着きがなくソワソワしている、座ってられない
<input type="checkbox"/> トイレでの失敗があったり、漏らしたりするようになった	<input type="checkbox"/> 徘徊する
<input type="checkbox"/> 何度も食べようとする	<input type="checkbox"/> 暴力・暴言がある、怒りっぽい

困っていること・現在の生活状況や様子・過去の生活状況や職業など	
気になる症状は 年 月頃から (春・夏・秋・冬から)	
家族図 	
認知症スケール:( 月 日施行) MMSE	/30点 HDS-R /30点

ご本人のとらえ方	家族のとらえ方	家族の介護に対する思い
<input type="checkbox"/> 認知症ではないかと、かなり気にしている <input type="checkbox"/> もの忘れを感じている <input type="checkbox"/> 全く気にしていない・自覚がない	<input type="checkbox"/> 認知症だと思っている <input type="checkbox"/> 認知症かもしれない <input type="checkbox"/> 認知症と思っていない	<input type="checkbox"/> 家族で介護しようと思っている <input type="checkbox"/> 介護をどうすべきか悩んでいる <input type="checkbox"/> 家庭での介護は無理だと思っている

【かかりつけ医療機関からの返信欄】 → 返信先:	
転帰 <input type="checkbox"/> 自院にて治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 専門医(紹介先: _____)へ紹介	
コメント欄	平成 年 月 日 医療機関名

※ FAXでの返送に際しては、個人情報保護の観点から名前や住所を消すなどの配慮をお願い致します。

情報提供同意済 (本人・家族)