

受診前シート (簡易版)

専門医受診時に、生活状況や困りごとを共有し、早期に治療・支援につなげることを目的としています。
すべての項目を記入する必要はありません。

【かかりつけ医の先生へ】

認知症の専門的評価のため、専門医受診を予定しております。

生活状況等は本シートをご参照ください。

これまでの治療経過・投薬内容等について、可能な範囲で情報をご提供いただけますと幸いです。

記入日： 年 月 日 記入者： (属性：)

患者氏名 様 (男・女) 生年月日 (T・S・H) 年 月 日 (歳)

【受診目的】 ※該当するものに☑を記入

- | | |
|---|--|
| ☐ 本人・家族が認知症の鑑別診断を希望 | ☐ 対応方法の助言 |
| ☐ 入院治療の希望 | ☐ BPSD(精神症状や行動の異常)の治療 |
| ☐ 転院希望 | ☐ 抗認知症薬についての相談 |
| ☐ 認知症の精査要望 | ☐ 抗認知症薬の導入・調整 |
| ☐ 支援者(ケアマネ・施設職員)の勧め | ☐ その他() |
| ☐ 書類申請のため(☐ 介護保険 ☐ 介護区分変更 ☐ 公安(車免許) ☐ 施設入所 ☐ 後見人 ☐ 介護休暇 ☐ その他:) | |

【認知症専門医受診に至ったきっかけ】

(西暦) 年 月頃から が目立つようになる

【本人・家族が感じていること、困っていること】 ※該当するものに☑を記入

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ もの忘れ | ☐ 夜間不眠、昼夜逆転 | ☐ 尿便失禁がある |
| ☐ 日時の感覚がない | ☐ 幻覚(幻視・幻聴など) | ☐ 介護の抵抗が強い |
| ☐ 意欲低下 | ☐ 妄想(被害・物盗られなど) | ☐ 介護者が疲れている |
| ☐ 気分の落ち込み | ☐ 作り話をする | ☐ 入浴や着替えをしない |
| ☐ 怒りっぽい、攻撃的 | ☐ 歩き回り | ☐ 道迷い |
| ☐ 食行動異常(過食・拒食・異食) | ☐ 性格変化 | ☐ 暴力をふるう |
| ☐ 盗み行為など | ☐ 性的問題行動 | ☐ 死にたい気持ち |
| ☐ その他() | | |

【支援者・サービス利用有無】 ※該当するものに☑と(○)を記入

- *介護認定 ☐なし ☐あり(要支援1・2、要介護1・2・3・4・5) ☐申請中
- *サービス利用 ☐なし ☐あり(施設入所・デイサービス・医療デイケア・その他:)
- *支援者 ☐なし ☐あり(ケアマネ・包括支援センター・施設職員・後見人・その他:)

【かかりつけ医で治療中の病名】

- ① 病名: 治療開始日: 年 月 症状: ☐安定 ☐不安定
- ② 病名: 治療開始日: 年 月 症状: ☐安定 ☐不安定

【治療経過】 ※認知症の治療に関わらず、現治療中の経過について記入

※診療情報提供書へ記載している場合は(☑別紙参照)記入

☐別紙参照

【投薬内容】<薬剤アレルギー> 無・有 ()※お薬手帳・薬情の写しでも可

☐お薬手帳参照 ☐薬情添付

【当院受診後の治療について】 ※当院受診後の治療継続について希望するものに☑を記入

☐当院での認知症治療継続 ☐かかりつけ医での治療継続 ☐その他()

お問合せ先：宮里病院 認知症疾患医療センター (直通：0980-53-7772)