

# もの忘れ相談医療連携書

記載日：平成

年

月

日

連携先医療機関：

紹介元機関：

診療科：

住所：

医師氏名：

TEL/FAX：

相談医氏名：

フリガナ			
患者氏名			生年月日 年 月 日 ( ) 歳
性 別		住 所	
電話	自宅 ( )		
	緊急時 ( ) 氏名 ( ) 続柄 ( )		
もの忘れ 相談内容	相談内容		

※以下の項目で当てはまる所にチェック

## 生活状況

① 5年～10年前と比べて変化はない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② とっさに物の名前が出てこない、うっかり約束ごとを忘れるが、年齢相応で問題ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ はっきりともの忘れを認めるが日常行っている買い物や家計の管理等は何とかできている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ はっきりと、もの忘れを認め生活に支障が出てきている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 季節感が分からず、自分で服を選んで着ることができない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 体の洗い方、服の着方が分からない、トイレの失敗などがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## 日常生活動作

摂食嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 飲み込みづらく <input type="checkbox"/> むせやすい
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> ほぼ全介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助で可能 <input type="checkbox"/> 車椅子自操可 <input type="checkbox"/> 不能
	<input type="checkbox"/> 前傾 <input type="checkbox"/> 小刻み <input type="checkbox"/> とっさに足が出ない
動 作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 鈍い <input type="checkbox"/> 麻痺あり <input type="checkbox"/> 不安定

(日常生活動作の特記事項)

送付先

西播磨圏域認知症疾患医療連携協議会

Ver. 1.0(2013. 8. 30作成)

--