もの忘れ相談連携書

記入日:　　年　　月　　日		記入者・所属:
フリガナ: 利用者名:	性別: 男 ・ 女	対応方法:　電話 ・ 面談
生年月日: M・ T ・S・ H　　年　　月　　日 (　　) 歳		
住所:		
電話番号: ①	②緊急時 :	続柄(　)

フリガナ: 相談者氏名:	続柄(　) TEL:		住所:	

【主訴】

(本人)

(家族)

【現在までの状態と経過・現在の生活状況】

障害高齢者の日常生活自立度□自立□ J1□J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2	相談・意見書
認知症高齢者の日常生活自立度□自立□ Ⅰ □ Ⅱa□Ⅱb□Ⅲa□Ⅲb□Ⅳ □M	その他(　)

【介護サービスの利用状況】

申請の有無:

介護認定区分:

居宅介護支援事業所:

CM:

(サービス内容)

【家族構成】

キーパーソン (　)

【疾患名】　　医療機関名・医師名

(　)

(　)

(　)

(　)

(　)

(　)

【服薬状況】(別紙添付可)

【特記事項・嗜好品】

アルコール:

タバコ:

【連携を希望する医療機関】

【初診時付き添い】

西播磨圏域認知症疾患医療連携協議会

Ver.2.1(2013. 8. 27作成)