

もの忘れ相談連携書

記入日： 平成 年 月 日		記入者・所属：	
フリガナ： _____		性別： 男 ・ 女 対応方法： 電話 ・ 面談	
利用者名：			
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： _____		続柄()	
相談者氏名：		TEL： _____ 住所： _____	
【主訴】 (本人) (家族) <input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 精神症状治療 <input type="checkbox"/> その他			
【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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			相談・意見書
認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> 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)		【疾患名】 医療機関名・医師名 () () () () () ()	
【家族構成】 <div style="text-align: center; height: 100px;"> </div>		【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】	
キーパーソン ()		【初診時付き添い】	