|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談日  相談を受ける前に、相談者等が右側の項目に記載してください。（相談者等が記載する部分） | | | 年　　　　月　　　　日　午前　　午後　　　：　　　～　　　： | | | | | |
| 医療機関名 | | | 担当医師名： | | | | | |
| 相談対象者 | フリガナ | |  | 生　年　月　日 | | | | 年　齢 |
| 氏　　名 | |  | 年　　　月　　　　日 | | | | 歳 |
| 住　　所 | | 立川市　　　　　　　町　　　　丁目　　　　- | | | | | |
| 相談者 | フリガナ | |  | | 相談対象者との関係 | | 年　齢 | |
| 氏　　名 | |  | |  | | 歳 | |
| 住　　所 | | 連絡先電話番号　　　　　　（　　　　　　　　） | | | | | |
| ●かかりつけ医　　　□いない   * いる　　医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名：   いつから、どのような理由で： | | | | | | | | |
| ●６か月以内に他の医療機関の利用　　　□ない  □　あり　　医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名：  いつから、どのような理由で： | | | | | | | | |
| ●服用している薬　　　□ない  □ある　薬の名前、どのような症状に対する薬ですか  お薬手帳　　□ない　　□ある（薬の名称等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ●地域包括支援センター　　□相談していない  相談している　いつから：　　　　　　年　　　　月　どのような理由で： | | | | | | | | |
| ●介護保険 □申請していない　　□申請した（いつごろ：　　　　　年　　　　　月頃）  最新の（予防・ケア）プランの見直し時期（　　　　年　　　　月）  　⇒結果は　□　非該当　□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３  □要介護４　□要介護５　　担当介護支援専門員（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　担当：地域包括支援センター（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| １．仕事　　□している（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 　□していない  ２．食事　　□自力　　　□一部介助　　□全介助  ３．運動　　□できる　　□障害あり　　　□寝たきり  ４．睡眠　　□通常　　　□不眠ぎみ　　 □過眠ぎみ、寝ていることが多い  ５．趣味　　□ある（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□ない  ６．交友　　□ある　　　　□少ない　　 □ない  ７．家庭内の役割　　　　□ある（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□ない  ８．日中の過ごし方　（様子：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ９．病歴（いつごろ：　　　　年　　　　　月　　症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  １０．日常生活において特に気をつけていること： | | | | | | | | |
| 右側の項目にも記載してください。 | | 困っていること　（例：時間の観念がない）  ① | | | | いつから  　　　年　　　月 | | |
| ② | | | | 年　　　月 | | |
| ③ | | | | 年　　　月 | | |
| できなくなったこと　　（例：調理、着替え）  ① | | | | いつから  　　　年　　　月 | | |
| ② | | | | 年　　　月 | | |
| ③ | | | | 年　　　月 | | |
| しなくなったこと　　（例：入浴、散歩）  ① | | | | いつから  　　　年　　　月 | | |
| ② | | | | 年　　　月 | | |
| ③ | | | | 年　　　月 | | |
| * 記載された情報は、立川市が行う認知症の予防・支援に関する事業以外には使用いたしません。   この報告書を立川市・地域包括支援センター・福祉相談センターの職員が閲覧することに同意します。  　　　　　　年　　　月　　　日  署　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（相談対象者との関係：　　　　　　　　）  ※この報告書の写しの送付先　　□相談対象者　　　□相談者  □その他　　　あて先　所在地　　〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号（　　　　－　　　　－　　　　　） | | | | | | | | |
| 医師の所見等 | | ①　いつも日にちを忘れている。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ②　少し前のことをしばしば忘れる。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ③　最近聞いた話を繰り返すことができない。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ④　同じことを言うことがしばしばある。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ⑤　いつも同じ話を繰り返す。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ⑥　特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ⑦　話の文脈をすぐに失う。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ⑧　質問を理解していないことが答えからわかる。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ⑨　会話を理解することがかなり困難。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ⑩　時間の観念がない。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| ⑪　話のつじつまを合わせようとする。 | | | | □ある　　　□ない | | |
| 1. 家族に依存する様子がある。   （本人に質問すると家族のほうを向くなど） | | | | □ある　　　□ない | | |
| * 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール　（　　　　点） * 特記事項 | | | | | | |
| □経過観察　　　□要治療（専門医紹介、検査等を含む）  要治療の場合⇒紹介先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　もしくは　□自院で継続治療 | | | | | | |

※認知症に関する検査や専門医療機関への紹介状の作成等には別途費用がかかります。ただし、一部の検査等を除き、相談対象者が加入している健康保険を利用することができます。

※この報告書は、実施した医療機関から立川市医師会が回収し、その後、立川市で保管します。

※問い合わせ　立川市保健医療部高齢政策課認知症対策係　　　（電話042-523-2111１内1482）