

かかりつけ医等によるもの忘れ相談連絡票・報告書

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	相談日	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 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬の名称等: _____)						
●地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 相談していない <input type="checkbox"/> 相談している いつから: _____ 年 月 どのような理由で:						
●介護保険 <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> している(内容: _____) <input type="checkbox"/> していない 2. 食事 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 3. 運動 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 障害あり <input type="checkbox"/> 寝たきり 4. 睡眠 <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 不眠ぎみ <input type="checkbox"/> 過眠ぎみ、寝ていることが多い 5. 趣味 <input type="checkbox"/> ある(内容: _____) <input type="checkbox"/> ない 6. 交友 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 7. 家庭内の役割 <input type="checkbox"/> ある(内容: _____) <input type="checkbox"/> 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）	いつから
	①	年 月
	②	年 月
	③	年 月
	できなくなったこと（例：調理、着替え）	いつから
	①	年 月
	②	年 月
	③	年 月
	しなくなったこと（例：入浴、散歩）	いつから
①	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(_____)ー____ー

医師の所見等	① いつも日にちを忘れている。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	② 少し前のことをしばしば忘れる。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	③ 最近聞いた話を繰り返すことができない。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	④ 同じことを言うことがしばしばある。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑤ いつも同じ話を繰り返す。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑦ 話の文脈をすぐに失う。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑧ 質問を理解していないことが答えからわかる。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑨ 会話を理解することがかなり困難	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑩ 時間の観念がない。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑪ 話のつじつまを合わせようとする。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑫ 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)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (____点)		
<input type="checkbox"/> 特記事項		
<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療(専門医紹介、検査等を含む)		

※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 立川市福祉保健部高齢福祉課介護予防推進係（電話 042-523-2111 内線 1471）