

大田区認知症連携パス 情報提供書（医療・介護関係者用）

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介元 施設名

住所

科 先生

TEL
FAX
職種
氏名

印 or サイン

| | | | |
|-------|------|---|---|
| 受診希望日 | 第1希望 | 月 | 日 |
| | 第2希望 | 月 | 日 |
| | 第3希望 | 月 | 日 |

| | | | | | | | |
|------|---|-----|---------|-----|---|---|---|
| フリガナ | | 男・女 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 患者氏名 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | — | TEL | 自宅： | | | |
| | | | | 携帯： | | | |

【紹介の主旨】

- ご本人からの希望
 その他（ ）

家族からの希望

【もの忘れの状況】

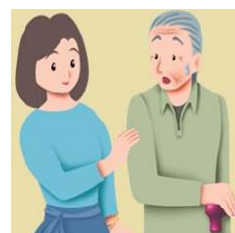
日にち・時間や場所がわからない

少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い

質問すると家族の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする



【周辺症状・BPSD】

排泄の失敗



夕暮れ症候群・夜間興奮



物盗られ妄想



介護に抵抗・暴言・暴力



徘徊



不眠・昼夜逆転



その他

入浴の状況・・・・・・・・〔 〕

衣服の着脱・・・・・・・・〔 〕

財布(金銭)の管理・・・・〔 〕

冷蔵庫の管理・・・・・・・・〔 〕

幻視、幻聴など・・・・・・・・〔 〕

その他追加・特記事項 (既往歴を含む)