

看護・介護情報 認知症地域連携パス(再診)

記入日:	年 月 日	記入者名:	所属機関:
受診者	氏名:	生年月日:	年齢: 歳
	住所:		性別: 男・女
同行者	氏名: 本人との関係()		

1. 前回受診後より変化・悪化した症状は？(当てはまる項目に☑チェックする)

＜身体症状＞	＜中核症状＞	＜BPSD(行動・心理症状)＞
<input type="checkbox"/> 食欲低下(疾患: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> もの忘れ(自覚: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 意欲低下
<input type="checkbox"/> 脱水傾向 <input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 物事の段取りがうまくできない (調理・旅行計画等)	<input type="checkbox"/> 物盗られ妄想
<input type="checkbox"/> 体重の変化(<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減)	<input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下	<input type="checkbox"/> 異常な食欲(<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 異食)
<input type="checkbox"/> 手足に力が入らない	<input type="checkbox"/> 金銭管理が困難	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為
<input type="checkbox"/> 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> 服薬管理が困難	<input type="checkbox"/> 外出して戻れない(徘徊)
<input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 物の使い道がわからない	<input type="checkbox"/> 介護拒否 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)
<input type="checkbox"/> 転倒していないのに急に歩けなくなった	<input type="checkbox"/> 見当識障害	<input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴等
<input type="checkbox"/> 症状の急激な進行	<input type="checkbox"/> 物の名前がわからない	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力(対象: <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 不特定)
		<input type="checkbox"/> 日によって症状にムラがある

その他具体的に

{

2. 現在介護者が困っていること (当てはまる項目に☑チェックする)

＜身体症状＞	＜中核症状＞	＜BPSD(行動・心理症状)＞
<input type="checkbox"/> 食欲低下(疾患: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> もの忘れ(自覚: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 意欲低下
<input type="checkbox"/> 脱水傾向 <input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 物事の段取りがうまくできない (調理・旅行計画等)	<input type="checkbox"/> 物盗られ妄想
<input type="checkbox"/> 体重の変化(<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減)	<input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下	<input type="checkbox"/> 異常な食欲(<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 異食)
<input type="checkbox"/> 手足に力が入らない	<input type="checkbox"/> 金銭管理が困難	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為
<input type="checkbox"/> 手足のふるえ	<input type="checkbox"/> 服薬管理が困難	<input type="checkbox"/> 外出して戻れない(徘徊)
<input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 物の使い道がわからない	<input type="checkbox"/> 介護拒否 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)
<input type="checkbox"/> 転倒していないのに急に歩けなくなった	<input type="checkbox"/> 見当識障害	<input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴等
<input type="checkbox"/> 症状の急激な進行	<input type="checkbox"/> 物の名前がわからない	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力(対象: <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 不特定)
		<input type="checkbox"/> 日によって症状にムラがある

その他具体的に

{

3. 現在の日常生活状況

	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 助言	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
掃除洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
買物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
金銭・財産管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()
医療機関の受診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()

4. 保険関連の変更点 【 あり なし ※ありの場合のみ下記に記入】

★経済状況 (月額 円)

{ 不明 国民年金 遺族年金 厚生年金 無年金 生活保護 その他() }

★健康保険の種類

{ 不明 後期高齢 国保 政管健保 組合健保 共済 日雇い その他() }

★介護保険(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 未申請 申請中)