

# 記入例

柏崎市・刈羽村 様式

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

## もの忘れ連絡シート（主治医←ケアマネジャー・地域包括支援センター職員連絡票）

医療機関の名称 オレンジ医院	事業所の名称 柏花居宅介護支援事業所
電話番号	所在地 柏崎市〇〇1-2-3
FAX番号	電話番号 0257-20-1234
主治医 朝日 太郎 先生	FAX番号 0257-20-1235
	担当者 居宅 花子

### ◆利用者の情報

ふりがな かし ●● いち ●●	性別 男 ● 女 ●	生年月日 T・S 〇 年 〇 月 〇 日
氏名 柏 ● - ●●		( 〇 ) 才
要介護度 要支援 1・2 要介護 1 ( 2 ) 2・3・4・5 申請中		(有効期限~R 〇 年 〇 月末)
利用サービス <input type="checkbox"/> HH (週 〇 回)	<input checked="" type="checkbox"/> DS (週 2 回)	<input type="checkbox"/> SS ( 〇 )
<input type="checkbox"/> その他 ( 〇 )		

### ◆ケアマネジャー・地域包括支援センター職員記載欄

本票送付の目的  重要  相談  参考まで

#### <内容>

11月から以下の行動が目立つようになり、対応に苦慮しています。奥様と共に受診されますが、共に高齢であり、また、介護者が本人の前で伝えにくいとのことなので、事前にご報告致します。主治医意見書や、今後の治療の参考にして頂ければと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

内容は、主治医意見書の3の項目と連動しています。一般の方にもわかりやすいように文書化してあります。悪化した時期・変化した時期などは、余白を活用し、臨機

<気になる症状> 〇〇 年 〇 月 くらいから

(主治医意見書3の項目)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 最近の出来事を忘れたり、同じ話を繰り返す                           | <input checked="" type="checkbox"/> 興奮して人を叩くことなどがある          |
| <input type="checkbox"/> 判断力がにぶくなった                                     | <input type="checkbox"/> 介護されることに強く嫌がる                       |
| <input type="checkbox"/> 自分の意思を伝えにくくなった                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 落ち着きなく外へ出ようとする、道に迷うことがある |
| <input type="checkbox"/> ないものが見えたり、聞こえたりする                              | <input type="checkbox"/> 火の不始末がある                            |
| <input type="checkbox"/> 物や金を盗まれたり、嫌がらせをされたと言う                          | <input checked="" type="checkbox"/> 衛生的でない行為がある              |
| <input checked="" type="checkbox"/> 昼と夜が逆になった生活をしている                    | <input type="checkbox"/> 食品ではない物を食べようとする                     |
| <input type="checkbox"/> 些細なことで怒りやすい                                    | <input type="checkbox"/> 性的に困る行動が見られる                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他 (高齢で心疾患のある妻と二人暮らし。妻に対し怒ることが多い。) |  |

契約時の同意のほか、改めてご本人、または、ご家族の承諾を得て送付いたします。

本シート送付について改めて承諾は得ていませんが、契約時の同意に基づき、支援に必要なので送付します。(特記事項: 〇〇)

### ◆医師記載欄 (必要時にお使い下さい。)

- 医療機関へ連絡 (電話) ください ⇒ 月 〇 水 木 金 土の午前・午後 ( 〇 ) 時頃
- 他

<連絡メモ欄>

医師が「連絡が必要と判断した場合だけ」お使いください。必要があれば、別紙を添付してください。