

家族関係図

記載日:令和 年 月 日

認知症疾患医療センター 相談記録

患者さま氏名(フリガナ)		S 年 月 日 年齢 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所 〒
記載者	(フリガナ) 電話番号: 予約票送付先住所 〒 氏名:			
	患者さまとの関係: <input type="checkbox"/> 支援者(担当 CM・包括職員・施設職員・その他()) <input type="checkbox"/> その他()			
生活状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居(誰と) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 入院(年 月 日~) <input type="checkbox"/> 入所(年 月 日~) <input type="checkbox"/> その他()			
かかりつけ医 () ※まずかかりつけ医にご相談いただき、 紹介状を持参してください <input type="checkbox"/> なし	内服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 頭部 CT/ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	鑑別診断 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名() 認知症のお薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護保険 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5	担当ケアマネジャー	所属事業所		
利用中のサービス				
既往歴 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他() ※その他頭部損傷伴うような事故やケガの有無				
相談内容 (本人 診察同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 受診時に同行予定の方 ※感染症対策により診察室への入室制限をさせていただく場合があります。				
●今回の受診の主な目的を教えてください 認知症の精査希望・周辺症状についての相談・その他()				
●いつ頃からどのような症状がありますか				
●日常生活の様子について、それぞれいつくらいからどのようにされているか教えてください。				
・薬管理— 通院—				
・食事—				
・買物—				
・金銭管理—				
・入浴— 更衣—				
・排泄—				
・掃除や物の管理、洗濯—				
・運転—				
※ <u>運転免許</u> あり・なし / <u>危険運転あるか</u> ぶつける・事故・違反・危ないと感じること →必要に応じて診察時に医師より運転について説明させていただくことがあります				
・日中の過ごし方—				
・夜間眠れているか—				
提案できる初診最短日… 月 日				
予約日	R4 年 月 日 (曜日) 時 分 Dr キャンセルが出た場合の連絡要否 <input type="checkbox"/>			

<チェックシート> 名前、住所の確認 送付先の確認() 送付済み(月 日)