城東区認知症初期集中支援チーム連携シート

|  |
| --- |
| 記入日：　　　年　　　月　　　日　　　記入者：　　　　　　　　　　　　（所属機関） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **家族構成　（キーパーソンに☆）** |
| **対象者****氏名** |  |  |
|  |
| **生年月日** | 　　　　　　年　　　月　　　日　生　　　　　　歳　（男、女）　　 |  |
| **住所** | 〒　　　　 | **関わっている機関/担当者名** |
| **TEL** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療（かかりつけ医）情報**[ ] 無 | **認知症の診断**[ ] 無　 | **介護（認定・利用）情報**[ ] 無 | **経済状況**[ ] 年金（　　　　年金） |
| [ ] 有 | [ ] 有 | [ ] 有 | [ ] 生活保護 　[ ] 不明 |

|  |
| --- |
| **困りごとや生活状況などについて**[ ] もの忘れ　　　　[ ] 理解・判断力の低下　　　[ ] 金銭管理が困難 　[ ] 服薬管理が困難　 　[ ] 家事が困難[ ] 妄想（　　　　　　　　　　　　　　　　 ）[ ] 幻視・幻聴　　 　[ ] 道迷い　（徘徊） 　[ ] 収集癖[ ] 日常生活（　　　　　　　　 　　　　 　　）に支援が必要　　　　[ ] 受診や介護の拒否 　[ ] 暴言・暴力[ ] 家族関係の悪化（　　　　　　　 　　　　 ）[ ] 飲酒（　　　　　　　 　）[ ] 喫煙（　　　 　　）[ ] 障がい者手帳　（　　　　　　　　　　　　）[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）　 |
| **経過（いつ頃から）** 　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　　　　　　　　　 |

**特に伝えたい事（生活歴など）**

**＊情報提供に際して、対象者となる方からは（口頭でも結構ですので）、同意を得ておいてください。**

|  |
| --- |
| [ ] 同意する　　　　　　本人（家族）氏名 |