

【取扱注意】

発信者（ 高原町地域包括支援センター ）から受信者（ ○○クリニック○○先生 ）様へ

もの忘れ連携シート  
(表面)

例①  
地域包括支援センター職員が、  
認知症の疑いのある高齢者の  
診断をかかりつけ医に依頼する

本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報  
ます。御協力のほど、よろしくお願いいたします。

御本人のお名前(フリガナ)		生年月日		住所(市町村・字名まで)	
○○ ○○ ○○ ○○		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 様 <input checked="" type="checkbox"/> 女 XX 年 1 月 1 日 85 歳		高原町○○○	
<b>1 発信者記入欄</b>					
記入日 : (H26) 年 ( 4 ) 月 ( 1 ) 日			発信者 所属 高原町地域包括支援センター		
添付資料 : ( 1 ) 枚			氏名 ○○ ○○		
返信 : <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			電話 XXX-XXX-XXXX		
目的	①何について <input checked="" type="checkbox"/> 初期対応 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	②どうしてほしい <input checked="" type="checkbox"/> 診断依頼 <input type="checkbox"/> 治療依頼 <input type="checkbox"/> 介護への助言 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 入所施設等の紹介依頼 <input checked="" type="checkbox"/> 情報提供の依頼 <input checked="" type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
認知症の症状	症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細 2年くらい前から物忘れ等が気になるようになったとのことです。XX年X月X日、出かけて帰り道が分からなくなったところ、○○警察署に保護されました。				
伝達・相談・依頼事項 今後、受診と介護サービス利用を希望されています。よろしくお願いいたします。					
任意記入項目(裏面)→ <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 基本情報 <input checked="" type="checkbox"/> 生活の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用状況 <input checked="" type="checkbox"/> 医療の状況					
返信内容の発信者以外への提供 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り-提供先(法令等で守秘義務の課せられた専門職に限る)を下記に明記 提供先: <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ <input checked="" type="checkbox"/> 介護事業所・施設 <input checked="" type="checkbox"/> 行政・地域包括 <input type="checkbox"/> その他( )					

2 受信者(返信者)記入欄

記入日 : (H26) 年 ( 4 ) 月 ( 1 ) 日		返信者 所属 ○○クリニック	
添付資料 : ( ) 枚		氏名 ○○ ○○	
		電話 XXX-XXX-XXXX	
伝達・回答事項 認知症と診断しました。 当院でフォローし、経過観察します。現在問題になるBPSD(-)。 今後、認知症薬等使うか検討。 生活環境の改善のため、介護保険の申請を早急に行ってください。 意見書は当院で記入します。			

(裏面)

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。

- ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

○基本情報

同居家族: [ ]なし [ ]配偶者 [x]子 [ ]子の配偶者 [ ]兄弟姉妹 [ ]その他
主介護者の続柄: (長女) [x]同居 [ ]別居
本人の病識: [x]有 [ ]無 [ ]不明
告知の有無: [x]有 [x]無 [ ]不明
告知の内容・本人の受け止め方:
本人の要望や意向:
家族の病気に対する理解度・受け止め方:
家族の要望や意向: 介護サービスが受けられれば本人にとって良いのではと思っている。

○生活の状況

[IADL] 一人で問題なくできる イだいたいできる ウあまりできない エ全くできない オもともとやらない/必要ない
買物: [ ]ア [ ]イ [x]ウ [ ]エ [ ]オ
公共交通機関を使った外出: [ ]ア [ ]イ [x]ウ [ ]エ [ ]オ
車の運転: [ ]ア [ ]イ [ ]ウ [ ]エ [x]オ
日常金銭管理: [ ]ア [ ]イ [x]ウ [ ]エ [x]オ
家事: [ ]ア [ ]イ [x]ウ [ ]エ [ ]オ
服薬(薬剤管理): [ ]ア [ ]イ [x]ウ [ ]エ [ ]オ
[ADL] ①一人で問題なくできる ②見守りや声かけを要する ③一部介助を要する ④全介助を要する
入浴: [ ]① [x]② [ ]③ [ ]④
着替え: [ ]① [x]② [ ]③ [ ]④
排泄: [ ]① [x]② [x]③ [ ]④
身だしなみ(整容): [ ]① [x]② [ ]③ [ ]④
食事: [x]① [ ]② [ ]③ [ ]④
家の中での移動: [ ]① [x]② [ ]③ [ ]④
その他(地域とのつながりや趣味、生活歴など)
地域との交流なし
利用している(していた)生活支援サービス(例:配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等)
なし

○介護保険サービスの利用状況等

介護認定: [x]無 [ ]申請中(予定) [ ]有→ [ ]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
認定期間: 平成( )年( )月( )日~平成( )年( )月( )日
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: [ ]I [ ]IIa [ ]IIb [ ]IIIa [ ]IIIb [ ]IV [ ]M [ ]不明
日常生活自立度(寝たきり度)判定基準: [ ]J1 [ ]J2 [ ]A1 [ ]A2 [ ]B1 [ ]B2 [ ]C1 [ ]C2 [ ]不明
現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可
[ ]訪問介護 ( ) [ ]訪問看護 ( )
[ ]訪問リハ ( ) [ ]通所介護(デイサービス) ( )
[ ]通所リハ(デイケア) ( ) [ ]ショートステイ ( )
[ ]その他 ( ) [x]利用なし
過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)

○医療の状況

現病歴 受診機関 治療経過等
〇〇(疾患名)により〇〇クリニック通院中
現在の処方 ※処方箋など資料添付でも可
既往歴

【取扱注意】

発信者 ( ケアマネジャー〇〇 ) から受信者 ( 〇〇クリニック ) 様へ

もの忘れ連携シート  
(表面)

例②  
ケアマネジャーが、行動・心理  
症状への対応方法について、  
かかりつけ医に相談する

本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要  
なものです。御協力のほど、よろしくお願いいたします。

御本人のお名前(フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S 様 <input type="checkbox"/> 女 XX 年 1 月 1 日 75 歳	住所(市町村・字名まで) 高原町〇〇〇
---------------------------------	---	------------------------

1 発信者記入欄

記入日 : ( H26 ) 年 ( 4 ) 月 ( 1 ) 日	発信者 所属 〇〇介護支援事業所
添付資料 : ( 0 ) 枚	氏名 ケアマネジャー 〇〇 〇〇
返信 : <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	電話 XXX-XXX-XXXX

目的	①何について <input type="checkbox"/> 初期対応 <input checked="" type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input checked="" type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	②どうしてほしい <input type="checkbox"/> 診断依頼 <input checked="" type="checkbox"/> 治療依頼 <input type="checkbox"/> 介護への助言 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 入所施設等の紹介依頼 <input checked="" type="checkbox"/> 情報提供の依頼 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 入院を含めた対応 )

認知症の症状	症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細 2年くらい前から物忘れがあり、アルツハイマー型認知症の診断で抗認知症薬を処方して もらっている。最近、夜間不眠で家から出て徘徊する。デイサービスやショートステイ 先でも帰宅願望や不穏が強く、対応が困難である。また、時折介護への抵抗が見られ る。
--------	--

伝達・相談・依頼事項

家族の疲弊が強く、施設も対応が困難のため、増悪について医学的な見地から助言いただき  
たい。必要があれば、認知症疾患医療センターなど専門医への紹介や、入院対応も含め助言  
いただきたい。

任意記入項目(裏面)→ 無し 基本情報 生活の状況 介護保険サービスの利用状況 医療の状況

返信内容の発信者以外への提供

無し  有り-提供先(法令等で守秘義務の課せられた専門職に限る)を下記に明記  
提供先:医療機関 ケアマネ 介護事業所・施設 行政・地域包括 その他( )

2 受信者(返信者)記入欄

記入日 : ( H26 ) 年 ( 4 ) 月 ( 4 ) 日	返信者 所属 〇〇クリニック
添付資料 : ( ) 枚	氏名 〇〇 〇〇
	電話 XXX-XXX-XXXX

伝達・回答事項

〇〇認知症疾患医療センターを紹介し、受診した結果、不眠・興奮の緩和のための薬を処方  
され、当院で経過観察します。  
当面、介護サービスを利用しながら在宅生活で様子を見ていただき、改善が見られないよう  
でしたら、来院してもらってください。

(裏面)

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。

- ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

○基本情報

同居家族: [ ]なし [x]配偶者 [ ]子 [ ]子の配偶者 [ ]兄弟姉妹 [ ]その他 ( )
主介護者の続柄: (妻) [x]同居 [ ]別居 キーパーソンの続柄: (妻) [x]同居 [ ]別居
本人の病識: [ ]有 [x]無 [ ]不明 告知の有無: [ ]有 [x]無 [ ]不明
告知の内容・本人の受け止め方:
本人の要望や意向: 不明
家族の病気に対する理解度・受け止め方: 病気が治らないことは理解している。
家族の要望や意向: できるだけ家で看たい。そのためには落ち着いてほしい。

○生活の状況

[IADL] ア一人で問題なくできる イだいたいできる ウあまりできない エ全くできない オもともとやらない/必要ない
買物: [ ]ア [ ]イ [ ]ウ [x]エ [ ]オ
公共交通機関を使った外出: [ ]ア [ ]イ [ ]ウ [x]エ [ ]オ
車の運転: [ ]ア [ ]イ [ ]ウ [x]エ [ ]オ
日常金銭管理: [ ]ア [ ]イ [ ]ウ [x]エ [ ]オ
家事: [ ]ア [ ]イ [x]ウ [ ]エ [ ]オ
服薬(薬剤管理): [ ]ア [ ]イ [ ]ウ [x]エ [ ]オ
[ADL] ①一人で問題なくできる ②見守りや声がけを要する ③一部介助を要する ④全介助を要する
入浴: [ ]① [ ]② [x]③ [ ]④ 着替え: [ ]① [ ]② [x]③ [ ]④ 排泄: [ ]① [ ]② [ ]③ [x]④
身だしなみ(整容): [ ]① [ ]② [ ]③ [x]④ 食事: [ ]① [x]② [ ]③ [ ]④ 家の中での移動: [ ]① [x]② [ ]③ [ ]④
その他(地域とのつながりや趣味、生活歴など)
地域との交流なし
利用している(していた)生活支援サービス(例:配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等)
なし

○介護保険サービスの利用状況等

介護認定: [ ]無 [ ]申請中(予定) [x]有→ [ ]要支援1 [ ]要支援2 [ ]要介護1 [ ]要介護2 [ ]要介護3 [x]要介護4 [ ]要介護5
認定期間: 平成(26)年(1)月(1)日~平成(26)年(6)月(30)日
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: [ ]I [ ]IIa [ ]IIb [ ]IIIa [ ]IIIb [ ]IV [x]M [ ]不明
日常生活自立度(寝たきり度)判定基準: [ ]J1 [ ]J2 [x]A1 [ ]A2 [ ]B1 [ ]B2 [ ]C1 [ ]C2 [ ]不明
現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可
[ ]訪問介護 ( ) [ ]訪問看護 ( )
[ ]訪問リハ ( ) [x]通所介護(デイサービス) ( )
[ ]通所リハ(デイケア) ( ) [x]ショートステイ ( )
[ ]その他 ( ) [ ]利用なし
過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)

○医療の状況

Table with 2 columns: Category (Current history, Current prescriptions, Past history) and Content (Ooklinic Alzheimer's type dementia, Anti-dementia drugs, None).

【取扱注意】

発信者 ( ○○病院MSWOO ) から受信者 ( 認知症コーディネーター○○ ) 様へ

もの忘れ連携シート (表面)

例③ 医療機関の相談員が、入院患者の退院調整を認知症コーディネーターに依頼する。

本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報です。御協力のほど、よろしくお願いいたします。

御本人のお名前(フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 様 性別 男 生年月日 XX 年 1 月 1 日 65 歳 住所(市町村・字名まで) 高原町〇〇〇

1 発信者記入欄

記入日 : (H26) 年 ( 4 ) 月 ( 1 ) 日 発信者 所属 ○○病院神経科 氏名 MSWOO〇〇 電話 XXX-XXX-XXXX 添付資料 : ( 2 ) 枚 返信 : 要 不要

目的 ①何について ②どうしてほしい

認知症の症状 症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細 XX年に脳梗塞を発症。2年前頃より物忘れが目立ち始め、同じ話や質問を繰り返す、できていた作業ができなくなくなる、家人を探し回る、入浴や着替え行わない、部屋から出てこないなどが見られる。 X月X日、止められていた車の運転を行ない交通事故を起こし、興奮状態が収まらず入院。免許証自体を認識できず、家族や関係者とも口論になっていた。

伝達・相談・依頼事項 現在は不穏も解消され、職員の声掛けにも明るく応じるようになってきており、今後3週間程度で退院の予定です。 退院後の生活について、ご家族は在宅介護への不安を訴えてためらう反面、本人の状態や利用できる介護サービスによっては在宅介護を行いたいとの思いもあるようです。 介護保険関係の契約も切れていますので、ご家族の意思決定支援や退院後の生活支援体制等も含め、ご協力をお願いします。

任意記入項目(裏面) -> 無し 基本情報 生活の状況 介護保険サービスの利用状況 医療の状況 返信内容の発信者以外への提供 無し 有り 提供先: 医療機関 ケアマネ 介護事業所・施設 行政・地域包括 その他

2 受信者(返信者)記入欄

記入日 : (H26) 年 ( 4 ) 月 ( 4 ) 日 返信者 所属 認知症コーディネーター 氏名 〇〇〇〇 電話 XXX-XXX-XXXX 添付資料 : ( 1 ) 枚

伝達・回答事項 ご家族と協議した結果、介護保険サービスを活用しながら在宅生活を続ける方向となりました。 今後、ご家族と相談しながら、ケアマネジャーの選任・契約、ケアプランの作成依頼、サービス手配をしたいと考えています。決まったら後日連絡します。 なお、運転免許証の返納、車の鍵の管理の強化をご家族に勧めました。

(裏面)

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。

- ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

○基本情報

同居家族: [ ]なし [x]配偶者 [x]子 [ ]子の配偶者 [ ]兄弟姉妹 [ ]その他
主介護者の続柄:(妻) [x]同居 [ ]別居 キーパーソンの続柄:(妻) [x]同居 [ ]別居
本人の病識:[ ]有 [x]無 [ ]不明 告知の有無:[ ]有 [ ]無 [ ]不明
告知の内容・本人の受け止め方: 「なぜ、ここ(病院)に居るのか。」
本人の要望や意向: 「車を自分で運転して帰りたい。」
家族の病気に対する理解度・受け止め方: 在宅介護への不安が強い。
家族の要望や意向: 在宅介護を続ける気持ちはあるが、不安も感じており、入院治療の継続や施設利用も検討したい。

○生活の状況

[IADL] 一人で問題なくできる イだいたいできる ウあまりできない エ全くできない オもともとやらない/必要ない
買物: [ ]ア [x]イ [x]ウ [ ]エ [ ]オ
公共交通機関を使った外出: [ ]ア [ ]イ [ ]ウ [ ]エ [x]オ
車の運転: [ ]ア [ ]イ [ ]ウ [x]エ [ ]オ
(頻度、過去の事故・危険行動等)
日常金銭管理: [ ]ア [ ]イ [x]ウ [ ]エ [ ]オ
家事: [ ]ア [x]イ [ ]ウ [ ]エ [ ]オ
服薬(薬剤管理): [ ]ア [ ]イ [x]ウ [ ]エ [ ]オ
[ADL] ①一人で問題なくできる ②見守りや声かけを要する ③一部介助を要する ④全介助を要する
入浴: [ ]① [ ]② [x]③ [ ]④ 着替え: [ ]① [ ]② [x]③ [ ]④ 排泄: [x]① [ ]② [ ]③ [ ]④
身だしなみ(整容): [ ]① [ ]② [x]③ [ ]④ 食事: [x]① [ ]② [ ]③ [ ]④ 家の中での移動: [ ]① [x]② [ ]③ [ ]④
その他(地域とのつながりや趣味、生活歴など)
利用している(していた)生活支援サービス(例:配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等)

○介護保険サービスの利用状況等

介護認定:[ ]無 [ ]申請中(予定) [x]有 → [ ]要支援1 [ ]要支援2 [ ]要介護1 [ ]要介護2 [x]要介護3 [ ]要介護4 [ ]要介護5
認定期間:平成(25)年(7)月(1)日~平成(26)年(6)月(30)日
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準:[ ]I [ ]IIa [ ]IIb [x]IIIa [ ]IIIb [ ]IV [ ]M [ ]不明
日常生活自立度(寝たきり度)判定基準:[ ]J1 [ ]J2 [ ]A1 [x]A2 [ ]B1 [ ]B2 [ ]C1 [ ]C2 [ ]不明
現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可
[ ]訪問介護 ( ) [ ]訪問看護 ( )
[ ]訪問リハ ( ) [ ]通所介護(デイサービス) ( )
[ ]通所リハ(デイケア) ( ) [ ]ショートステイ ( )
[ ]その他 ( ) [ ]利用なし
過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)
デイサービス、訪問介護

○医療の状況

Table with 2 columns: Category (現病歴受診機関治療経過等, 現在の処方, 既往歴) and Description (別紙資料参照, ※処方箋など資料添付でも可別紙資料参照, 脳梗塞発症(XX歳時)。これに起因する右半身不全麻痺(軽度)残存。)