

# 大田区認知症連携パス 情報提供書（看護・介護関係者用）

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介元 施設名

住所

TEL  
FAX  
職種  
氏名

印 or サイン

\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

受診希望日	第1希望	月	日
	第2希望	月	日
	第3希望	月	日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	年	月	日	歳
患者氏名							
住所	〒 _____		TEL	自宅：			
				携帯：			

## 【紹介の主旨】

- ご本人からの希望  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

家族からの希望

## 【もの忘れの状況】

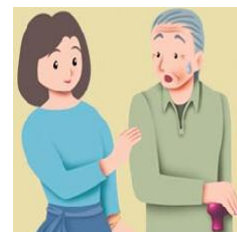
日にち・時間や場所がわからない

少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い

質問すると家族の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする



## 【その他の症状】

排泄の失敗



夕暮れ症候群・夜間興奮



物盗られ妄想



介護に抵抗・暴言・暴力



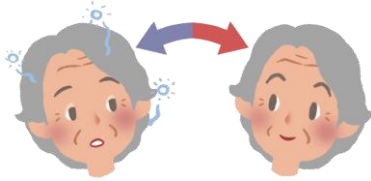
徘徊



不眠・昼夜逆転



はっきりしている時とぼーっとしているときがある。



ありありと見える幻視がある。



眠っている間に大声で叫んだり怒鳴ったりする。



気分が沈み、悲しくなり、意欲が低下する。



特に筋肉のこわばり、歩きにくい等のパーキンソン症状がある。



立ちくらみ、便秘、異常な発汗・頻尿、だるさがある。



## 【家族への4つの質問 4 Questions to Family】

- 複数の仕事・作業を並行して行えない
- お金等の計算ができない
- 季節に合った服が選べない
- 冷蔵庫に古いものや同じものがある

TOP-Q 点数

- 0点
- 1点
- 2点
- 3点

その他追加・特記事項（既往歴を含む）