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　　**□家族からの希望**

□その他（　　）

【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

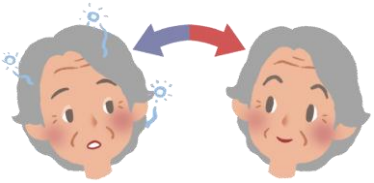
□物盗られ妄想

□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ボ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）