

高槻・島本 地域連携手帳

ご本人	
ご家族 その他	(続柄)

※この手帳を今後医療機関等に提示することで情報共有に承諾します。
取り扱いは本人および家族の責任で行います。



●生活に支障を来している直接の原因である病名はなんですか？
(例えば認知症,脳梗塞後遺症,膝関節症,高齢による筋力低下など)

病名 または 症状	発症年月日

●生活の支障の直接の原因ではない、その他の病気がありますか？

病名 または 症状	発症年月日

【かかりつけ医療機関・かかりつけ歯科医院】

医療機関	連絡先	主治医

【専門医療機関】

医療機関	連絡先	主治医

【かかりつけ薬局】

薬局	連絡先	担当者

【介護支援専門員（ケアマネジャー）】

事業所	連絡先	担当者

【地域包括支援センター】

事業所	連絡先	担当者

【現在利用しているサービス（介護保険サービス・訪問看護など）】

事業所	連絡先など

●下記の症状について○で記入をお願いします。（記入日

- ①数分（5分）前にした事や見た物を覚えていますか？（はい・いいえ）
- ②日常生活における判断能力は？（自立・やや困難・見守り要・判断できない）
- ③自分の意思を人に伝達（できる・やや困難・時にできる・できない）
- ④実際にはないものが見えたり聞こえたりすることがあります（はい・いいえ）
- ⑤実際にはあり得ないことを信じて疑わないことがありますか？
例えば、お金や通帳を誰かに盗られたなど（はい・いいえ）
- ⑥夜間眠らず昼夜が逆転することがありますか？（はい・いいえ）
- ⑦今までになかったような暴言や大声がありますか？（はい・いいえ）
- ⑧今までになかったような暴力行為がありますか？（はい・いいえ）
- ⑨介護や助言に対して抵抗することがありますか？（はい・いいえ）
- ⑩目的なく歩き（動き）回ったりすることがありますか？（はい・いいえ）
- ⑪ガスやタバコの火を消し忘れることがありますか？（はい・いいえ）
- ⑫大便をもてあそんだり、尿をまきちらすことがありますか？（はい・いいえ）
- ⑬食べられない物を口に入れることがありますか？（はい・いいえ）
- ⑭周囲に迷惑となる性的な言動や行為がありますか？（はい・いいえ）
- ⑮事実ではないような作り話を周囲にいうことがありますか？（はい・いいえ）
- ⑯ろれつが回らず、言葉がうまく発音できないですか？（はい・いいえ）
- ⑰夜間などに急に興奮状態となり、
意味不明な言動を示すことがありますか？（はい・いいえ）
- ⑱夜間睡眠時以外にも、一日中うとうとと眠っていますか？（はい・いいえ）
- ⑲気分の落ち込み、意欲・食欲低下、強い不眠がありますか？（はい・いいえ）
- ⑳以前と性格が変わりましたか？例えば怒りっぽくなったなど（はい・いいえ）

●現在服用中の抗認知症薬等を記入してください

--	--

●過去に服用してあわなかった抗認知症薬等があれば記入してください
また、その中止理由がわかれば記入してください

--	--

●日常生活の様子について、該当する部分に○をご記入ください。
また、半年たった時点で、もしくは症状が変わった時点で、再度○を記入してください

日常生活能力 \ 記入日		年月	年月	年月
時 と 場所	年月日の感覚が不確か			
	季節や場所がわからないことがある			
	家の中でトイレの場所がわからない			
会 話 能 力	日常の会話には困らない。知識も保たれている。			
	必要なことは言うことができる。簡単な会話はわかる			
	簡単な会話はわかるが、 自分から何かを要求することがない			
	簡単な会話もわからないが、 気持ちを表現することくらいはできる			
風 呂	自分でお風呂に入ることができる。			
	お風呂に入ることを忘れることもあるが、 自分で体を洗うことや温度調節はできる			
	手助けなしで、お風呂にきちんと入ることができない			
着 替 え	自分で衣類を選び着ることができる			
	ふさわしい衣類をそろえるなどの介助が あれば自分で衣類を着ることができる			
	手助けなしで、状況にあった衣類を選んで 着ることができない			
ト イ レ	一人でトイレをすませることができる			
	トイレの水を流すのを忘れたり、拭くことを忘れる			
	ほとんどが失禁でありオムツを使用			

●介護度を記載してください。		年月	年月	年月
介護度	介護保険証を参照ください			

●記入した以外のことで、伝えたいことがあれば書いてください

--	--