

# 【医療機関記入連携シート】

認知症疾患医療センター 様式2

(予約申込の際に紹介元医療機関が記入し、専用紹介状と一緒にFAXしてください)

病院名 \_\_\_\_\_ 記載日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1) 認知機能テストの結果 (結果のコピーを添付してください。数回施行の場合は、初回と最新のものをお願いします。)

HDS-R \_\_\_\_\_ / 30 施行日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
焼津市生活機能チェック・認知症スクリーニング A・B・C・D 施行日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2) 神経学的所見 (はい、いいえに○をつけてください)

ある	ない	① 構音障害・嚥下障害
ある	ない	② 振戦
ある	ない	③ 歩行障害

3) 診察時の所見 (はい、いいえに○をつけてください)

ある	ない	① 受診日を忘れる
ある	ない	② 少し前のことをしばしば忘れる(血圧測定を覚えていないなど)
ある	ない	③ 前回受診時に聞いた話を繰り返すことができない
ある	ない	④ いつも同じ話を繰り返す
ある	ない	⑤ 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある
ある	ない	⑥ 話のつじつまを合わせようとする
ある	ない	⑦ 家族に依存する様子がある(本人に質問すると家族のほうを向くなど)
ある	ない	⑧ 会話の主題がかみ合わない
ある	ない	⑨ 暴言・暴力や介護への抵抗がある
ある	ない	⑩ 見えないはずの物や人などが見える、物を盗られたなどと言う
ある	ない	⑪ 気分の落ち込みがある
ある	ない	⑫ その他( _____ )

4) FAST

(1から順に重度になっています。あてはまる番号またはアルファベットに1つ○をつけてください)

1. 認知機能の障害なし(5-10年前と同様に仕事、生活できている)

2. 非常に軽度の認知機能の低下(置き忘れる。名前や場所、約束を忘れるが友人は気づかない)

3. 軽度の認知機能低下

(重要な約束を忘れる、初めての場所で混乱する、仕事や社会活動に支障があり辞めてしまうことがある)

4. 中等度の認知機能低下

(家計管理できない、必要なものを必要量だけ買うことができない、客を招く段取りができない)

5. やや高度の認知機能低下

(一人で生活できない、適切な服を選べない、入浴を忘れる、交通違反や事故をおこす、大声をあげる、多動、睡眠障害)

6. 高度の認知機能低下

(a)不適切な着衣(寝間着の上に普段着を着る、ボタン掛けできない、左右もわからない)

(b)入浴に介助を要する、入浴を嫌がる(お湯をはれない、体を洗えない、拭けない)

(c)トイレの水を流せなくなる

(d)尿失禁

(e)便失禁

7. 非常に高度の認知機能低下

(いくつかの単語のみ話すか、全く話せない、歩行できない、座れない、笑わない、昏睡)

ご協力ありがとうございました。