

初回用

年 月 日
認知症疾患医療センター専用紹介状

焼津市立総合病院
認知症疾患医療センター

医院名

医師名

住所

TEL

FAX

次のとおり、患者様をご紹介します。

患者 連絡先	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所				
	電話番号				
家族 連絡先	フリガナ		続柄		
	氏 名		電話番号		
	住 所				
受診希望日	第1希望	月	日 (木曜日)	来院歴	なし ・ あり
	第2希望	月	日 (木曜日)		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 認知症の診断 <input type="checkbox"/> その他()				
傷病名					
既往歴					
治療経過					
認知症に関する症状経過 〔発症時期〕 年 ヶ月前 (年 月頃) 〔 症 状 〕 中核症状: <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> その他() 神経症状: <input type="checkbox"/> 麻痺() <input type="checkbox"/> 歩行障害() <input type="checkbox"/> パーキンソン症状() <input type="checkbox"/> その他() 周辺症状: <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他() 〔認知症発症に関するエピソード〕					
処方内容					
その他 留意事項など					

患者氏名 _____

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(あるところに☑をつけてください)

<input type="checkbox"/>	① 構音障害・嚥下障害	<input type="checkbox"/>	② 振戦
<input type="checkbox"/>	③ 歩行障害		

3) 診察時の所見(あるところに☑をつけてください)

<input type="checkbox"/>	① 受診日を忘れる
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	③ 前回受診時に聞いた話を繰り返すことができない
<input type="checkbox"/>	④ いつも同じ話を繰り返す
<input type="checkbox"/>	⑤ 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある
<input type="checkbox"/>	⑥ 話のつじつまを合わせようとする
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	⑧ 会話の主題がかみ合わない
<input type="checkbox"/>	⑨ 暴言・暴力や介護への抵抗がある
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	⑪ 気分の落ち込みがある
<input type="checkbox"/>	⑫ その他()

4) FAST (1 から順に重度になっています。あてはまるところに☑をつけてください)

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
- ☐ 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)
- ☐ 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)
- ☐ トイレの水を流せなくなる
- ☐ 尿・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

焼津市立総合病院 (認知症疾患医療センター)