

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				

認知症に関した症状経過

〔発症時期〕 年 ヶ月前 (年 月 頃)

〔症状〕 中核症状: 物忘れ 見当識障害 その他()
 神経症状: 麻痺() 歩行障害() パーキンソン症状()
その他()
 周辺症状: 暴力 暴言 幻覚 妄想 抑うつ 不安 徘徊
せん妄 拒絶 不潔行為 睡眠障害 介護抵抗
異食 性的問題行動 その他()

〔認知症発症に關したエピソード〕

処方内容	
その他 留意事項など	

【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

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)