

認知症地域連携シート

氏名	(旧姓) 様			同意確認	/	/	/	/	/
住所・性別	(男性・女性)								
生年月日	M・T・S	年	月	日	( )	歳			
合併症	<input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 骨折: <input type="checkbox"/> CVA: <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他(								
診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> その他( )	画像所見		家庭環境	キーパーソン: 家族のニーズ:				
生活歴 (学歴・職歴など)		趣味・余暇 (興味のあること)		快刺激・不快刺激					
1日の活動リズム	0時								24時
施設/担当者	(日付:H / )			(日付:H / )			(日付:H / )		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV
要介護度									
作業活動	<input type="checkbox"/> 手芸 <input type="checkbox"/> 木工 <input type="checkbox"/> 金工 <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 園芸 <input type="checkbox"/> 習字 <input type="checkbox"/> アンデルセン <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> 革細工 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> 風船バレー 備考:	<input type="checkbox"/> 手芸 <input type="checkbox"/> 木工 <input type="checkbox"/> 金工 <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 園芸 <input type="checkbox"/> 習字 <input type="checkbox"/> アンデルセン <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> 革細工 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> 風船バレー 備考:	<input type="checkbox"/> 手芸 <input type="checkbox"/> 木工 <input type="checkbox"/> 金工 <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 園芸 <input type="checkbox"/> 習字 <input type="checkbox"/> アンデルセン <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> 革細工 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> 風船バレー 備考:						
認知機能	<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R    ( /30点) 対応方法:	<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R    ( /30点) 対応方法:	<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R    ( /30点) 対応方法:						
周辺症状	<input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言、暴力 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他( ) 対応方法:	<input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言、暴力 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他( ) 対応方法:	<input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言、暴力 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他( ) 対応方法:						
ADL 移動 排泄	<input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> N-ADL (点数: ) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 声かけのポイント:	<input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> N-ADL (点数: ) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 声かけのポイント:	<input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> N-ADL (点数: ) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 声かけのポイント:						