城東区認知症初期集中支援チーム連携シート

|  |
| --- |
| 記入日：　　　年　　　月　　　日　　　記入者：　　　　　　　　　　　　（所属機関） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **家族構成　（キーパーソンに☆）** |
| **対象者**  **氏名** |  |  |
|  |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日　生　　　　　　歳　（男、女） |  |
| **住所** | 〒 | **関わっている機関/担当者名** |
| **TEL** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療（かかりつけ医）情報**無 | **認知症の診断**  無 | **介護（認定・利用）情報**無 | **経済状況**  年金（　　　　年金） |
| 有 | 有 | 有 | 生活保護 　不明 |

|  |
| --- |
| **困りごとや生活状況などについて**  もの忘れ　　　　理解・判断力の低下　　　金銭管理が困難 　服薬管理が困難　 　家事が困難 妄想（　　　　　　　　　　　　　　　　 ）幻視・幻聴　　 　道迷い　（徘徊） 　収集癖 日常生活（　　　　　　　　 　　　　 　　）に支援が必要　　　　受診や介護の拒否 　暴言・暴力 家族関係の悪化（　　　　　　　 　　　　 ）飲酒（　　　　　　　 　）喫煙（　　　 　　）  障がい者手帳　（　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| **経過（いつ頃から）** |

**特に伝えたい事（生活歴など）**

**＊情報提供に際して、対象者となる方からは（口頭でも結構ですので）、同意を得ておいてください。**

|  |
| --- |
| 同意する　　　　　　本人（家族）氏名 |