

【医療機関記入連携シート】

様式2 連携シート

(紹介元 → 静岡市認知症疾患医療センター)

(受診の際に医療機関が記入し、情報提供書に添付してください)

診療所名 _____

カルテ番号 _____

患者氏名 _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

かかりつけ医の先生方へお願いするのは、① 医師会統一書式の紹介状、② この連携シート(MMSE等のコピーを含みます)です。

- 1) 認知機能テスト(MMSE推奨)の結果 (結果のコピーを添付してください。何回も施行されている場合には、初回と最新の2回を添付してください。)

MMSE /30 施行日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
HDS-R /30 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)

- 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)
- 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)
- 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)
- 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、客を招く段取りできない)
- 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)
- 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、左右も分からない)
 - 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
 - 尿失禁
 - 便失禁
- 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