記入例

# 熊谷市　オレンジ連携シート



ver.1

記入日　令和　●　年　●　月　●　日

◆発信者　氏名　〇〇〇〇　電話　△△ー△△△△　FAX　△△ー△△△△

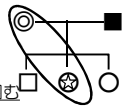
☐本人 ☐家族 続柄 ☐ケアマネジャー ☑地域包括職員　事業所名　包括支援センター〇〇

◆本人情報　※ 本人は当シートの内容及び情報共有について同意を ☑ している ☐ していない ☐ 未確認

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | くまがや　たろう | 性別 | 年齢 | 生年月日 | ☐大正 ☑昭和　〇年〇月〇日 |
| 氏　名 | 熊谷　太郎 | 男 | 75 | 住所　熊谷市 | 〇〇１－１－１ |
| 要介護度 | 要支援 ☐1 ☐2　要介護 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☑未申請 ☐申請中 ☐区分変更申請中 | | | | |
| 利用サービス（現在・過去） | 例）サービス利用なし　本人が必要とする介助にレ点をして下さい。複数可 | | | | |
| 支援介助を要するIADL・ADL | ☐買物 ☐外出 ☐車の運転（事故・危険行動有）☐家事<br>☐金銭管理 ☑服薬（飲み忘れ有） ☐歩行 ☐食事<br>☐排泄 ☐入浴 ☐着替え ☐整容 ☑家の中での移動 | 特記事項 | | 例）同居中の娘は仕事が忙しく内服管理ができない為、薬の飲み残しが多くある。 | |
| 治療中・既往歴 | 例）高血圧（H26頃から）　治療中の病名をご記入下さい。処方薬があればお薬手帳など添付して下さい | | | | |
| 家族構成 | ☐独居 ☑同居 2 人家族 | 主介護者氏名 | 〇〇〇〇 | 続柄　長女 | 電話 △△ー△△△△ |

◎回：本人
〇：女性
□：男性
●■：死亡
☆：主介護者
同居者を〇で囲む

＜記載例＞



例）長女と同居中。長男他県、次女は市内在住。主介護者は長女だが、仕事が忙しく、受診は次女が対応する。

配慮すべき家庭の事情がある場合はそれがわかるようにしてください

◆発信者記載欄

本票送付の目的 ☑医療に繋げる☑介護に繋げる☐情報を共有する☐その他（　　）

＜内容＞　今困っていることまたは相談したいことは何ですか（本人・家族の表現そのままにご記入ください）

【本人】
例）何も困っていません。

【家族】
例）２年くらい前より物忘れが気になりだした。買いものに行くが同じものばかりを購入するため、長女が買い物をしているが、日中買い物に行ってしまい冷蔵庫には同じ物ばかり入っている。

【本人・家族が医師にお願いしたいこと】
例）本人：ほっといて欲しい
　　家族：介護サービスにつなげたい

＜気になる症状＞

裏面の項目以外に気になる事があれば記入してください

●熊谷市認知症ガイドブック　認知症簡易チェックリスト（公益社団法人認知症の人と家族の会）より

該当項目にチェックし、発現時期や頻度、具体的状況等の補足事項あれば項目下の空欄に記入してください。

| | |
|---|---|
| ☐ 今切ったばかりなのに、電話の相手の名前を忘れる | ☐ 同じことを何度も言う・問う・する |
| ☑ しまい忘れ置忘れが増え、いつも探し物をしている<br>例）財布が見つからず探すが見つからず、冷蔵庫の中から出てきたことがあるなど、半年ほど前ごろから身の回りのものが見つからず探すことが目立ってきた。 | ☑ 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う |
| ☐ 料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった | ☐ 新しいことが覚えられない　**複数回答可** |
| ☑ 話しのつじつまが合わない | ☑ テレビ番組の内容が理解できなくなった<br>例）１年前ごろからドラマの登場人物の関係性や話の筋が追えなくなってきた。 |
| ☐ 約束の日時や場所を間違えるようになった | ☐ 慣れた道でも迷うことがある |
| ☐ 些細なことで怒りっぽくなった | ☐ 周りへの気遣いがなくなり頑固になった |
| ☐ 自分の失敗を人のせいにする | ☐ 「この頃様子がおかしい」と周囲から言われた |
| ☐ １人になると怖がったりさみしがったりする | ☑ 外出時、持ち物を何度も確かめる |
| ☐ 「頭が変になった」と本人が訴える | ☐ 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった |
| ☑ 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった<br>例）逆に以前は興味を示さなかった番組に数か月前頃から急に固執するようになった。 | ☐ ふさぎ込んで何をするのも億劫がり嫌がる |

◆受信者（返信者）記入欄

（発信者に伝達・照会等行いたい場合にご活用ください）　　記入日　令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受信機関名称 | | 医師名<br>歯科医師名<br>薬剤師名 | |
| 電話 | | | |
| FAX | | | |

【伝達・照会事項】

☐ 入院加療していきます

☐ 外来受診で対応していきます

☐ その他

