尼崎市認知症対応連携パスの記入説明

初回　・2回目以降

尼崎市認知症対応連携パス

平成　　年　　月　　日
【診療情報提供料（Ⅰ）対応】

フリガナ			生年月日	T　S　　年　　月　　日　（　）歳
患者氏名		（男・女）	生活状況	同居者の有無など
住所			電話番号	
家族の連絡先	氏名		患者との関係	
	住所		電話番号	

①鑑別診断・専門診断等の依頼（かかりつけ医→診断対応医療機関）

紹介元医療機関	名称		住所	
	医師名		TEL・FAX	
紹介動機		□主治医判断　□本人希望　□家族希望　□地域包括等の依頼		
現在治療中の病名		□高血圧症　□虚血性心疾患　□脳血管障害　□高脂血症　□糖尿病 □甲状腺機能低下症　□腎機能障害　□肝硬変　□その他（		
現在の病状		□もの忘れ　□見当識障害　□失語　□幻覚（幻視・幻聴）　□妄想　□異常行動 □歩行障害　□アルコール乱用・依存　□その他（　　）		
介護認定		□なし　　要支援　□１□２　　要介護　□１□２□３□４□５		
検査等・心理テスト※任意		□別添の検査結果一覧表参照　□頭部CT（所見別紙参照）　□頭部MRI（所見別紙参照） □改訂版長谷川式簡易認知症評価スケール（HDS-R）＿＿点　※20点以下とは限定しません □ミニ・メンタルステート試験（MMSE）＿＿点　※23点以下とは限定しません		
依頼内容		□鑑別診断　□進行度評価・経過評価　□その他検査（　　）		
連絡事項		□受診への本人の抵抗　（　あり　・　なし　） □認知症薬（ドネペジル・ガランタミン・リバスチグミン・メマンチン・抑肝散）の投与歴あり □「もの忘れの気づきシート（尼崎市作成）」の添付あり □お薬手帳の持参あり □その他　（　　）		

②検査・診断の結果（診断対応医療機関→かかりつけ医）

診察医	病院名（　　）医師名　（　　）	受診日	平成　　年　　月　　日
	問い合わせ先　TEL（　　）　FAX（　　）	鑑別・一般	ID：
診断名		本人への告知	有　・　無
		有の場合本人の反応	
記憶・認知機能検査（心理テスト）	□長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）＿＿＿点（≦20/30） □ミニ・メンタルステート試験（MMSE）＿＿＿点（≦23/30） □アルツハイマー病評価スケール（ADAS）＿＿＿点（≧10/70） □その他　（　　）		
画像診断その他検査	□頭部CT　□頭部MRI　□脳血流シンチ　□その他検査　※所見別紙参照		
治療計画・連絡事項	□今回は特に異常は認められませんでした。認知症症状が進行するようでしたら、改めてご紹介ください。 □脳神経外科的治療が必要であるため、〔　　〕病院の脳神経外科をご紹介しました。 □上記の診断名となりましたので、貴院にて継続診療をお願いいたします。 □投薬をお願いいたします。（薬剤名/投与量：　　） □当院に〔　　〕ヶ月後くらいに定期チェックのための紹介をお勧めいたします。 □介護認定申請を行ってください。 □その他（　　）		

③介護・福祉等に関する相談　（かかりつけ医→地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者）

※②で認知症疾患と診断された場合は、介護認定の有無、認定区分によってその後の対応を本人・家族にご案内ください。地域包括支援センター職員・ケアマネジャーが介護方法や介護サービスの種類・利用方法・費用負担について相談に応じます。介護サービスの利用を開始される場合は、本人・家族の意向を踏まえ、その手続き、連絡調整を行います。その際は、かかりつけ医に生活上の留意点等問い合わせが入ることがありますが、ご了承ください。

□介護認定なし	地域包括支援センターにご相談下さい。	
□介護認定あり	要支援　□１□２	地域包括支援センターにご相談下さい。
	要介護　□１□２□３□４□５	居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）にご相談下さい。

平成28年8月尼崎市医師会作成

(1)

かかりつけ医 ➡ 診断対応医療機関

該当項目にチェックしてください。
血液検査・「もの忘れ気づきシート」等を実施されている場合は、別途添付してください。

(2)

診断対応医療機関 ➡ かかりつけ医

初回の鑑別診断では **HDS-R、MMSE** を実施し、必要に応じて画像診断を行います。
患者・家族へは同様の内容で別途文書をお渡しいたします。

(3)

かかりつけ医 ➡ 介 護

診断が認知症疾患となった場合でまだ介護保険サービス等を受けていない場合は、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者に該当項目にチェックしてからご紹介ください。