

# ものわすれ連携シート（島原市版）

（Cシート）

記入日： 年 月 日

記入者： \_\_\_\_\_

本人との関係

ふりがな				性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
氏名												
現住所	島原市					電話番号	— —					
受診相談目的 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 社会資源・介護保険に関すること <input type="checkbox"/> 専門医受診希望 <input type="checkbox"/> 診断書作成						<input type="checkbox"/> 対処方法 <input type="checkbox"/> 鑑別診断希望 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 主治医意見書作成 <input type="checkbox"/> その他( )					
かかりつけ医						主治医氏名						
住所						電話番号	— —					
<input type="checkbox"/> 情報提供に関して、本人または家族の同意を得ています。												

問題行動及び発生時期・頻度	
あてはまる症状の番号に☑ ① <input type="checkbox"/> 徘徊      ② <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 ③ <input type="checkbox"/> 興奮・危険行為・大声    ④ <input type="checkbox"/> 多動・意欲低下 ⑤ <input type="checkbox"/> 妄想・幻視・幻聴・独語    ⑥ <input type="checkbox"/> 異食 ⑦ <input type="checkbox"/> 失禁・異所排泄・不潔行為 ⑧ <input type="checkbox"/> 過食・拒食・拒薬            ⑨ <input type="checkbox"/> 虚言・作話 ⑩ <input type="checkbox"/> 自殺企図      ⑪ <input type="checkbox"/> 性的異常行動 ⑫ <input type="checkbox"/> 帰宅願望    ⑬ <input type="checkbox"/> 転倒・転落    ⑭ <input type="checkbox"/> その他	該当の番号の、発生時期・頻度・きっかけなど記入 ( 番号 ) →
コミュニケーション能力 該当に☑	聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 眼鏡の使用 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 理解力 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
性格 気質 生きがい 趣味	家族構成： ◎＝本人、○＝女性、□＝男性、●■＝死亡 ☆＝キーパーソン、主介護者に「主」 副介護者に「副」（同居家族は○で囲む）
生活歴 (学歴含む)	
本人の意向	
家族の意向	

介護保険情報	
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中      年      月      日付 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 有効期間      年      月      日 ~      年      月      日 (前回介護度      )
	事業所名      事業所住所 担当介護支援専門員名      電話番号      -      -

該当する箇所の口に✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える <input type="checkbox"/> 財布等を盗まれたなどと作り話をする <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> 何らかの身体症状(麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい(日内変動) <input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> パーキンソン症状(※)がある <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 以下のいずれかがある(妻が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる) ※パーキンソン症状とは…小刻み歩行・すくみ足・突進型歩行などの症状を伴うもののこと。	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 決まった時間に決まった行動を取らないと気がすまない <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す <input type="checkbox"/> 衝動的な行動がある
--	--	---	--

該当する箇所の口に✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった	<input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない <input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる/冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> 得意であった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 生活圏域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない	<input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 月を間違える(月を思い出せない) <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない(道具が使えない)
<input type="checkbox"/> 家族がわからなくなる(娘を姉と間違える) <input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない(前後・裏表・上下・順番が分からない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるかが分からない <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話かける	<input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う/自宅のトイレの場所が分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしない	