<旧>

# 相談受付票（利用者基本情報）

様式認知-1表（包括）

受付No.：　R5　-

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 相談日 | 年　月　日 | その他（　　） | | 初回 | |
| 本人 | ｶﾅ | | 生年月日： | 年　月　日 | 年齢： |
| | 氏名 | | Tel： | | 携帯： |
| | 住所 | | | | |
| 相談者 | ｶﾅ | | 立場： | | |
| | 氏名 | | Tel： | | 携帯： |
| | 住所 | | | | |
| 相談内容（主訴） | ☐ 本人の心身の状況（BPSDなど）　☐ 受診・医療　☐ 介護　☐ その他 | | | | |
| 本人の意向 | | | | | |
| 家族の意向 | | | | | |
| 高齢者の日常生活自立度（J1,J2,A1,A2,B1,B2,C1,C2）： | | | | | |
| 認知症高齢者の自立度（Ⅰ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ,M）： | | | | | |
| 介護度 | | | | | |
| 支援事業所 | | | | 担当ケアマネ： | |
| 利用サービス | | | | | |
| 障害等認定 | ☐ 身障手帳（　種　級） | | | ☐ 精神保健福祉手帳（　級） | |
| 経済状況 | 障害年金（　級）：?万円/月 | 生活保護 | | その他 | |
| 家族構成図　☆＝キーパーソン | 家族関係の状況〈緊急連絡先〉 | | | | |

| 氏名 | 居 | 年齢 | 続柄 | 連絡先 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 住居の状況 | | 自室 | | 所有 |
| 今までの生活（生活歴） | | | | |
| 現在の生活状況—日の生活・過ごし方・生活リズム・家事の状況など | | | | |
| 趣味・楽しみ・特技 | | | | |
| 家族・友人・地域との関係 | | | | |

<新>

<別紙４>

# 相談受付票（利用者基本情報）

様式認知-1表（包括）

受付No.：　R5　-

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 相談日 | 年　月　日 | その他（　　） | | 初回 | |
| 本人 | ｶﾅ | | 生年月日： | 年　月　日 | 年齢：　歳 |
| | 氏名 | | Tel： | | 携帯： |
| | 住所 | | | | |
| 相談者 | ｶﾅ | | 立場： | | |
| | 氏名 | | Tel： | | 携帯： |
| | 住所 | | | | |
| 相談内容（主訴） | ☐ 本人の心身の状況（BPSDなど）　☐ 受診・医療　☐ 介護　☐ その他 | | | | |
| 本人の意向 | | | | | |
| 家族の意向 | | | | | |
| 高齢者の日常生活自立度 | | 認知症高齢者の自立度 | | | |
| 介護度 | | | | | |
| 支援事業所 | | | | 担当ケアマネ： | |
| 障害等認定 | 身障手帳（　種　級） | | | 精神保健福祉手帳（　級） | |
| 利用サービス | | | | | |
| 経済状況 | 障害年金（　級）：?万円/月 | 生活保護 | ☐ | その他 | |
| 家族構成図　☆＝キーパーソン | 家族関係の状況〈緊急連絡先〉 | | | | |

| 氏名 | 居 | 年齢 | 続柄 | 連絡先 | 連絡が取れるか否か |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 住居の状況 | | 自室 | | 所有 |
| 今までの生活（生活歴） | | | | |
| 現在の生活状況 | | | | |

# <旧>

様式認知-1裏（包括）

現病歴・既往歴　　受付No.：　R5　-　0

| 年月日 | 病名 | 医療機関・医師名 | 経過 | 治療中➡内容・服薬状況 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

身体及び日常生活動作の状況

| | |
|---|---|
| 身体状況（身長・体重、コミュニケーション、栄養状態、視力、聴力） | |
| 日常生活動作の状況（介助が必要な状況など） | |

認知症の症状・精神症状

| | |
|---|---|
| 記憶障害 | |
| 見当識（時間、場所、人物等の認識状況） | |
| その他（実行機能障害等） | |
| 行動・心理症状（BPSD） | ☐ 暴力　☐ 暴言　☐ 不眠　☐ 昼夜逆転　☐ 妄想<br>☐ 幻覚　☐ 意欲低下　☐ 不潔行為　☐ 失禁<br>☐ 介護拒否　☐ 易怒性　☐ 徘徊　☐ せん妄　☐ 意識障害<br>☐ その他（　　） |

事業の利用目的・支援のねらい

備考

| | | | |
|---|---|---|---|
| 作成者：地域包括支援センター | | 作成日： | |

# <新>

# <別紙４>

様式認知-1裏（包括）

現病歴・既往歴　　受付No.：　0　-　0

| 年月日 | 病名 | 医療機関・医師名 | 経過 | 治療中➡内容・服薬状況 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

身体及び日常生活動作の状況

空欄は ・はい・いいえ・不明 で選択

【身体状況】

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| コミュニケーション | 訪問者との意思疎通は可能か | | 排泄状態 | 尿失禁はあるか | ・はい・いいえ・不明・尿臭あり |
| | 目が見えにくいか | | | 便失禁はあるか | |
| | 耳が聞こえづらいか | | 睡眠状態 | 睡眠は良好か | ・良好・昼夜逆転・不眠・不明 |
| 運動機能 | 歩行状態 | ・独歩・歩行器利用 | | 寝ていて大声をあげたり、急に起き上がって動いたりすることはあるか | |
| | 繰り返し転倒していないか | | | | |
| | 膝や腰に痛みはあるか | | その他 | | |
| 栄養状態 | 極度に痩せていることはないか | | | | |
| | むくみはないか | | | | |

認知症の症状・精神症状

| | |
|---|---|
| 認知症の症状・精神症状 | ☐ 十分な食事・水分が取れない　☐ 道に迷う　☐ 服薬管理ができない<br>☐ 火の不始末　☐ 家事ができず室内が不衛生　☐ 暴力や暴言がある<br>☐ 自身の清潔保持ができず不衛生　☐ 意欲低下で自発的に何もしない　☐ 怒りっぽい<br>☐ 親族による介護への抵抗　☐ 金銭管理ができない　☐ 短期記憶がない<br>☐ サービス利用拒否　☐ 幻覚や妄想で周囲に迷惑をかけている<br>☐ 近隣への迷惑行為<br>（その他・特記事項） |
| 認知症の症状によってでている生活への支障 | |

事業の利用目的・支援のねらい

備考

| | | | |
|---|---|---|---|
| 作成者：地域包括支援センター | | 作成日： | |

<旧>

<新>

<別紙４>

<旧>

<新>

<別紙４>