

川崎市認知症連携情報提供書

年 月 日

紹介先

医療機関名  
診療科  
担当医

先生

紹介元

医療機関名  
所在地  
電話番号  
FAX 番号  
担当医

印

患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒		
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
生年月日	年 月 日 ( 歳)		

診断名	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症の疑い		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 認知症精査 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴・併存症治療状況	<input type="checkbox"/> 高血圧 ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 心臓病 ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 過度の飲酒歴 <input type="checkbox"/> 向精神薬の服用 (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> その他 (病名: <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療)		
神経学的所見	症状が出始めたのは 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 幻覚 ( <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻臭) <input type="checkbox"/> パーキンソン様症状 ( <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 動作緩慢 <input type="checkbox"/> 歩行障害) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
症状	症状が出始めたのは 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 突発的、急激に発症→ <input type="checkbox"/> 身体的精査を実施してください <input type="checkbox"/> 精査したが異常はありません <input type="checkbox"/> 徐々に出現 <input type="checkbox"/> 日にち・時間や場所がわからない <input type="checkbox"/> 少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す <input type="checkbox"/> 質問や会話を理解できず、話の脈絡を失いやすい <input type="checkbox"/> 質問をすると質問者の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする <input type="checkbox"/> その他 ( )		
周辺症状 BPSD	症状が出始めたのは 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄・夜間興奮 <input type="checkbox"/> もの盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗・暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
血液検査	ビタミンB1/B12	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常→治療後の結果:	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未執行
	甲状腺機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常→治療後の結果:	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未執行
	梅毒(ワッセルマン)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常→治療後の結果:	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未執行
	その他異常値	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
画像診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> CT所見 ( )	<input type="checkbox"/> MRI所見 ( )
現在の処方			
備考			

※ 裏面:「改訂版 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

※ その他の検査の結果や画像診断のフィルムは、必要に応じて添付

改訂版 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

氏名		検査日	年	月	日			
(男・女) 生年月日:		年	月	日	( )	歳		
1	お年はいくつ? (2歳までの誤差は正解)					0	1	
2	今日の日付は何年の何月何日、何曜日ですか? (年、月、日、曜日が各1点)	年				0	1	
		月				0	1	
		日				0	1	
		曜日				0	1	
3	私たちが今いるところはどこですか? (自発的にできれば2点、5秒おいて、家?病院?施設?の中から正しく選べれば1点)					0	1	2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。後で聞くので覚えておいて下さい。 (以下の1又は2の一方を採用) 1: a桜 b猫 c電車      2: a梅 b犬 c自動車					0	1	
						0	1	
						0	1	
5	100から7を順番に引いて下さい。(100-7は?それから7を引くと?と順に質問する。最初の答えが不正解なら打ち切る)	(93)				0	1	
		(86)				0	1	
6	私がこれから言う数字を逆から言って下さい。(6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁の逆順に失敗したら打ち切る)	2-8-6				0	1	
		9-2-5-3				0	1	
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言下さい。(自発的に回答があれば2点、もしなければ下のヒントを与え正解なら1点) A植物 b動物 c乗り物					0	1	2
						0	1	2
						0	1	2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言って下さい。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など無関係なもの)					0	1	2
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言って下さい。(答えた野菜の名前を右に記入、途中で10秒待っても出ないときは打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点					0	1	2
<b>合計点 :</b>								<b>点</b>