

認知症初期集中支援チーム・認知症専門相談 相談票案

認知症初期集中支援チーム・認知症専門相談 相談票

【チーム員会議開催日】 令和 年 月 日

【包括名】

【チーム員担当者】

【職種】

本人氏名	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	(歳)	相談No.		
			<input type="checkbox"/> 女			虐待 連絡票		
住所				電話				
相談者			関係			連絡先		
相談主旨								
相談経路 支援経過								
現状と問題								
課題	症状	<input type="checkbox"/> 記憶・見当識・実行機能障害・その他()					<input type="checkbox"/> 行動・心理症状(BPSD)	<input type="checkbox"/> 生活機能障害
	医療	<input type="checkbox"/> 認知症等の見立て					<input type="checkbox"/> 症状への対応方法	<input type="checkbox"/> 受診困難への解決策
	生活・家族	<input type="checkbox"/> 生活支援・介護サービス					<input type="checkbox"/> 権利擁護	<input type="checkbox"/> 家族・介護者の相談 <input type="checkbox"/> その他()
本人の 気持ち				家族の 気持ち				
6か月後に 目指す状況								
本人に 関する 情報	介護 認定	申請区分	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 区変中			手帳	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳	級
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()				<input type="checkbox"/> 愛の手帳	度
		有効期間	H 年 月 ~ H 年 月		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		級	
	主疾患			主治医			既往歴	
	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い		受診状況			認知症 主治医	
	就労	<input type="checkbox"/> 有 : 内容()					月額() 円	<input type="checkbox"/> 無
	年金他	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> () 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他()					月額() 円	<input type="checkbox"/> 無
	自宅	<input type="checkbox"/> 持ち家(一軒家) <input type="checkbox"/> 持ち家(マンション等の集合住宅) <input type="checkbox"/> 賃貸(一軒家) <input type="checkbox"/> 賃貸(マンション等の集合住宅) <input type="checkbox"/> 区営・都営						
	経歴	(出身地・生活歴・学歴・職歴等を記入)				家系図		
家族・ 関係者	氏名	関係	同居・別居	支援内容・所属他				

1. 生活状態の把握 (1日の過ごし方)

5:00	10:00	12:00	15:00	18:00	21:00	0:00
デイサービス		テレビ				
【追記】(1日の過ごし方の追記、趣味や楽しみ、近所付き合いや友人など)						

2. 身体状況の把握

I コミュニケーションのための基本能力				備考
I-1	訪問者との意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不明
I-2	視力	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> 不明
I-3	聴力	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> 不明
II 衛生状態				備考
II-1	身体	<input type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 不潔	<input type="checkbox"/> 不明
II-2	衣類	<input type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 不潔	<input type="checkbox"/> 不明
II-3	家屋・室内	<input type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 不潔	<input type="checkbox"/> 不明
III 栄養状態				備考
III-1	身長・体重・BMI	cm、 kg BMI:		
III-2	むくみ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 不明
IV 摂食状態				備考
IV-1	欠食なく食べている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
IV-2	食べすぎではない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
IV-3	食べ物を噛める	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
IV-4	食べ物を飲み込める	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
IV 排泄状態				備考
V-1	便失禁	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 不明
V-2	尿失禁	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 不明
V-3	便秘	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 不明
VI 睡眠状態				備考
VI-1	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 不明
VI-2	寝ている間に大声を出す等	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> 不明