

尼崎市認知症対応連携パス				初回・2回目以降	
				年 月 日	
				【診療情報提供料(I)対応】	
フリガナ		生年月日	T・S・H・R	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・ 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	<input type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 地域包括等の依頼			
	現在治療中の病名	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他( )			
	現在の病状	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> アルコール乱用・依存 <input type="checkbox"/> その他( )			
	介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
	検査等・心理テスト ※任意	<input type="checkbox"/> 別添の検査結果一覧表参照 <input type="checkbox"/> 頭部CT(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 頭部MRI(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 進行度評価・経過評価 <input type="checkbox"/> その他検査( )				
連絡事項	<input type="checkbox"/> 受診への本人の抵抗(あり・なし) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 「もの忘れの気づきシート(尼崎市作成)」の添付あり <input type="checkbox"/> お薬手帳の持参あり <input type="checkbox"/> その他( )				
② 検査・ 診断 ↓ 診断結果 ↓ かかりつけ医	診察医	病院名( ) 医師名( )	受診日	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)	<input type="checkbox"/> 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) _____点(≤20/30) <input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) _____点(≤23/30) <input type="checkbox"/> アルツハイマー病評価スケール(ADAS) _____点(≥10/70) <input type="checkbox"/> その他( )				
画像診断その他検査	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> その他検査 ※所見別紙参照				
治療計画・ 連絡事項	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 投薬をお願いいたします。(薬剤名/投与量: ) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護認定申請を行ってください。 <input type="checkbox"/> 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りますが、ご了承ください。					
<input type="checkbox"/> 介護認定なし 地域包括支援センターにご相談下さい。					
<input type="checkbox"/> 介護認定あり					
要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		地域包括支援センターにご相談下さい。			
要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)にご相談下さい。			

(1)

(2)

(3)

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。