

【取扱注意】

発信者() から受信者() 様へ

千葉県オレンジ連携シート佐倉版



本シートは、佐倉市及び近隣の多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。御協力のほど、よろしくお願いたします。

歯科・薬局・介護・福祉
↓
かかりつけ医
認知症窓口医
歯科・薬局・介護・福祉

発信者記入欄

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	☎
氏名	年 月 日 歳	職業	
	住所		
記入日 ()年()月()日	発信者		
添付資料 ()枚 情報提供回数 ()回	所属		
返信: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	氏名		
※☑要の場合には、下記の返信者記入欄に回答いただくか「さくらパス オレンジシート①」又は「診療情報提供書」等でご返信ください。			
目的	①何について		
	<input type="checkbox"/> 初期対応 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認知症の症状	②どうしてほしい		
	<input type="checkbox"/> 診断依頼 <input type="checkbox"/> 治療依頼 <input type="checkbox"/> 介護への助言 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 入所施設等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 情報提供の依頼 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認知症の症状	①症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細		
	<input type="checkbox"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	※上記症状の出現時期 ()頃から ※周辺症状が認められたときには、可能であれば「NPI-Qテスト」を実施し、その結果を添付します。		
認知症の症状	②その他の精神・神経症状		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { <input type="checkbox"/> 小股歩行 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認知症の症状	③認知症簡易検査の実施 ※検査を実施した時は結果を添付します。		
	<input type="checkbox"/> MMSE ()点 <input type="checkbox"/> HDS-R ()点 特記事項 ()		
伝達・相談・依頼事項			
任意記入項目(裏面)→ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> 生活の状況 <input type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 医療の状況			
返信内容の発信者以外への提供 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⇒ 提供先 { <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 介護事業所・施設 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他 ()			

以下、受信者(返信者)記入欄 「返信:☑要」の場合のみに記入

記入日 ()年()月()日	返信者
添付資料 ()枚	所属
件名	氏名
	☎
伝達・回答事項 ※下記に記載するか、「さくらパス」別シート又は既存の診療情報提供書等でご回答ください。	

このシートは、千葉県が、千葉県全域での多職種の連携・協働による支援に役立てていただくために作成したもので、佐倉市版では一部改編しています。利用方法については千葉県ホームページを御覧ください。(「千葉県オレンジ連携シート」で検索可能)

(裏面)

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。

- ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。



○基本情報

同居家族 () □なし □配偶者 □子 □子の配偶者 □兄弟姉妹 □その他 ()
主介護者の続柄 () □同居 □別居 キーパーソンの続柄 () □同居 □別居
本人の病識 □有 □無 □不明 告知の有無 □有 □無 □不明
告知の内容・本人の受け止め方
本人の要望や意向
家族の病気に対する理解度・受け止め方
家族の要望や意向

○生活の状況

電話の使用 □問題なくできる □だいたいできる □あまりできない □全くできない □もともとしない・必要ない
特記事項 ()
1人で買い物 □問題なくできる □だいたいできる □あまりできない □全くできない □もともとしない・必要ない
特記事項 ()
食事の支度 □問題なくできる □だいたいできる □あまりできない □全くできない □もともとしない・必要ない
特記事項 ()
公共交通機関を使った外出 □問題なくできる □だいたいできる □あまりできない □全くできない □もともとしない・必要ない
特記事項 ()
車の運転 □問題なくできる □だいたいできる □あまりできない □全くできない □もともとしない・必要ない
頻度、過去の事故、危険行動等 ()
金銭の管理・支払い □問題なくできる □だいたいできる □あまりできない □全くできない □もともとしない・必要ない
特記事項 ()
服薬の管理 □問題なくできる □だいたいできる □あまりできない □全くできない □もともとしない・必要ない
特記事項 ()
入浴 □自立 □要見守り □一部介助 □全介助
着替え □自立 □要見守り □一部介助 □全介助
排泄 □自立 □要見守り □一部介助 □全介助
整容 □自立 □要見守り □一部介助 □全介助
食事 □自立 □要見守り □一部介助 □全介助
移動 □自立 □要見守り □一部介助 □全介助
口腔ケア □自立 □要見守り □一部介助 □全介助
口の渇き □なし □あり
義歯 □未使用 □部分義歯 □総義歯
むせ・嚥下障害 □問題なし □時々 □高頻度
その他 (地域とのつながりや趣味、生活歴など)
利用している(していた)生活支援サービス (例:配食、見守り、障害者支援) (内容、頻度、利用期間等)

○介護保険サービスの利用状況等

介護認定 □無 □申請中(予定) 認定期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日
□有 → □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M □不明
日常生活自立度(寝たきり度)判定基準 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 □不明
現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可
□訪問介護 () □訪問看護 ()
□訪問リハ () □通所介護(デイサービス) ()
□通所リハ(デイケア) () □ショートステイ ()
□その他 () □利用なし

過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)

○医療の状況

現病歴
受診機関
治療経過等
現在の処方
※処方箋など資料添付でも可
既往歴