

もの忘れ相談シート  
『相談機関 → 医療機関』連絡シート

【シート2】

紹介医療機関名 主治医 様

(相談機関による記入) 記入年月日 年 月 日

|             |      |                |          |     |  |
|-------------|------|----------------|----------|-----|--|
| 受付<br>相談機関名 |      | 担当者            |          | 連絡先 |  |
| 本人氏名        | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日 | 本人<br>住所 |     |  |

**1. 介護保険サービスの利用について**

(1) 要介護認定  申請未・要支援 1・2  要介護 1・2・3・4・5  有効期間 平成 年 月 日まで

(2) 担当居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー 連絡先

(3) 現在利用サービス  無・有  (別添 ケアプラン1・2表・週間サービス計画表)

**2. 主治医について**

(1) 主治医の有無  無・有  医療機関名 主治医名

(2) 現在治療中および過去に罹患の疾病

| 診断名 | いつから | 治療状況         | 医療機関名 |
|-----|------|--------------|-------|
|     |      | 内服・経過観察・外科手術 |       |
|     |      | 内服・経過観察・外科手術 |       |
|     |      | 内服・経過観察・外科手術 |       |
|     |      | 内服・経過観察・外科手術 |       |

(3) 認知症について過去の受診歴  無・有  医療機関名 担当医名

**3. 介護状況**

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| 家族構成(関係図) 同居者を○で囲む | 主たる介護者(関係など) |
|                    |              |

**4. 接し方について困っていること(ケアの仕方について困っていること)**

項目について□にチェックを入れた後、詳細に記載

排泄  食事  入浴  睡眠  服薬  消費者被害  周辺症状(幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護)

具体的内容

**5. 特記すべき事項(相談機関から医療機関へ依頼したいこと、など)**

専門医療機関との連携を希望する  
 専門的な検査を希望する  
 今回の相談内容ならびに診断結果を介護保険の主治医の意見書に反映させることを希望する

居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター(在宅介護支援センター)が行う支援に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、当該利用者に関する情報を居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

平成 年 月 日 本人又は家族の署名

\* 連携医療機関の医師・担当者の方へ…【シート3】に記入の上、情報提供をお願いします。

もの忘れ相談シート  
『相談機関 → 医療機関』連絡シート

【シート2】