

## 『医療機関 → 相談機関』連絡シート

医療機関 → 在宅 相談機関(紹介機関からの診察結果) 相談機関名 宛て

(医療機関記入) 記入年月日 年 月 日

本人氏名		受診機関	医療機関名	
生年月日	明・大・昭 年 月			
本人電話番号				
本人住所			主治医	連絡窓口

1. 受診日 平成 年 月 日  
 2. 受診結果 実施したことにチェックをお入れください。また、必要事項にご記入ください。

<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 指導 【今後の認知症のフォロー】 <input type="checkbox"/> 自院でのフォロー <input type="checkbox"/> 他院でのフォロー (医療機関名: ) <input type="checkbox"/> 専門医療機関への紹介 (医療機関名: ) <input type="checkbox"/> その他( )	【診断名、治療内容、意見等】	【処方内容】
--	----------------	--------

## 3. ご本人、ご家族への説明・指導内容

【説明を受けた人】	【内容】
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄: ) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー	

## 4. サービス導入等検討事項

<input type="checkbox"/> 在宅生活 …… <input type="checkbox"/> デイサービスの利用 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパーの利用 <input type="checkbox"/> ショートステイの利用 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用 <input type="checkbox"/> 趣味の活動を見つける <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 …… <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他( 科) 【意見等】
--

## 5. 医療機関から相談機関への伝達事項

【相談機関からの問い合わせ方法】 <input type="checkbox"/> 電話(都合のいい時間帯: ) <input type="checkbox"/> FAX(番号: ) <input type="checkbox"/> メール(アドレス: )
--

## 6. 次回受診(相談)予定日【平成 年 月 日】または予定時期【 ヶ月後頃】

この書類は、ご本人またはご家族の了解を得て相談機関に情報提供するものです。