

認知症相談依頼表

共通質問項目

相談者氏名 所属、住所

連絡先

連絡可能時間帯

依頼内容（相談希望、外来受診希望、往診希望）

早期認知症依頼表質問項目（認知症が疑われたり、診断されていても介護が必要ではない場合）

- ・ 認知障害を疑わせる症状があるか？ ある（同じことを何度も言う。ものの名前が出なくなった。関心や意欲がなくなった。物忘れやしまい忘れが目立った。約束を忘れるようになった。以前の性格と異なってきた。そのほか（具体的に ）、なし
- ・ 主治医・専門医に定期受診をしているか？（している（専門医（氏名 所属医療機関）・家庭医 あり（氏名 所属医療機関 ）していない）
- ・ 診断や検査を受けているか？（診断を受けている。まだ受けていない。検査をしたことがある。なし。そのほか）
- ・ 家族介護者の理解はできているのか？（理解あり、不十分、まったく理解していない）
- ・ 社会サービスの利用ができているのか？
- ・ 介護保険制度（申請済み、認定済み（サービス利用状況）（要介護度 ）、未申請）
- ・ 成年後見制度（利用希望あり、なし）
- ・ 本人や介護者の将来療養希望は明らかになっているのか？（なし、あり（在宅・施設・そのほか ）

中等度以上の認知症依頼質問項目（早期以外の方、おもに認知症によりすでに介護が必要になって方の場合）

- ・ 異常行動はあるのか？（ある 幻覚、妄想、攻撃性、焦燥、暴力的行為、不隠、興奮、自閉、不潔行為、そのほか（ ）、なし、）
- ・ 診断がついているのかどうか？
- ・ ADL 評価（要介護状態）
- ・ 事故リスク評価（転倒、火の不始末、異食、誤嚥、交通事故、そのほか（ ））
- ・ 主治医（ある（氏名 所属医療機関）、なし）
- ・ 専門医（ある（氏名 所属医療機関）、なし）
- ・ 成年後見制度の利用希望 （ある。なし。）
- ・ 薬物治療の希望があるのか？（ある、なし、不明、）
- ・ 介護者の生活は守られているのか？（日中、夜間、昼夜、介護負担がある、なし）
- ・ 社会サービス利用はできているのか？（デイサービス・ショートステイ・ヘルパー）

- ・ 本人や介護者の療養希望は明らかになっているのか？（明らかになっている場合の具体的な希望内容（在宅・施設・そのほか））
- ・ 摂食、嚥下機能に問題はないかどうか？（あり・なし）
- ・ 指示動作が可能かどうか（可能・不可能・不明）
- ・ 疼痛など自分の異常を訴える能力の評価（あり・なし）