

### 診療情報提供書(認知症の疑い)

令和 年 月 日

紹介先 医療機関:

紹介元歯科医療機関の所在地:  
名称:

電話番号:  
歯科医師名:

患者氏名 性別 男・女生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日( )歳 職業 住所 電話番号
歯科の傷病名
紹介目的 認知症の疑いについての精査と支援
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果 「歯科医院での認知症チェックシート」で認知症が疑われた場合はチェックシート参照
治療経過
備考

- 注意 1. 「歯科医院での認知症チェックシート」で認知症が疑われた場合はチェックシートを添付すること。  
注意 2. わかりやすく記入すること。  
注意 3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

## 診療情報提供書(認知症の疑い)

令和 年 月 日

地域包括支援センター センター長 様

紹介元歯科医療機関の所在地：  
名称：

電話番号：  
歯科医師名：

患者氏名	
性別	男・女 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 ( ) 歳 職業
住所	
電話番号	

診療形態	外来・往診・入院(平成 年 月 日)	診療情報提供回数
脳血管障害 (疑いを含む)	脳梗塞(脳血栓・脳塞栓・脳出血・くも膜下出血)・その他の脳血管障害： 発症年月日 平成 年 月 日 再発 平成 年 月 日	

歯科の傷病名：	
寝たきり度(該当するものにチェック)	
<input type="checkbox"/> 自立	
<input type="checkbox"/> J一部自立	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
<input type="checkbox"/> A 準寝たきり	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
<input type="checkbox"/> B 寝たきり	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
<input type="checkbox"/> C 寝たきり	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動(ADL)の状況	
食事	自立・一部介助・全面介助
整容(口腔清掃)	自立・一部介助・全面介助 備考 _____
移動	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助
入浴	自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度(該当するものにチェック)	
<input type="checkbox"/>	認知症の診断を受けていない
<input type="checkbox"/>	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
<input type="checkbox"/>	著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等	
訪問診療	有・無
訪問看護	有・無

必要と考える保健福祉サービスの内容等 認知症の疑いについての精査と支援
--

注意 1. 「歯科医院での認知症チェックシート」で認知症が疑われた場合はチェックシートを添付すること。  
 注意 2. わかりやすく記入すること。  
 注意 3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。