

## 22. 受診のためのオレンジシート (愛別町)

記入日	年	月	日	記入者名	本人との関係
受診者	氏名			生年月日	年齢
				年 月 日	歳
同行者	住所			電話	性別
					男 ・ 女
同行者	氏名			本人との関係	連絡先

**1. 受診の目的 (当てはまるものに○をする)**

診断を受けたい ・ セカンドオピニオン ・ 入院に関する相談 ・ 要介護認定の意見書  
 認知症の治療のため ・ お薬の調整 ・ 認知症に関することや予後に関する説明を受けたい  
 生活上の助言を受けたい ・ 成年後見制度に関する事 (診断書など)  
 その他 ( )

**2. 症状や対応について**

◆心配な症状はいつからですか? ( ) くらい前から

---

◆心配な症状や困っていることはどんなことですか? (当てはまるものに○をする)

もの忘れ (自覚: あり・なし) ・ 料理など日常的な物ごとの段取りがうまくできない  
 食欲低下 ・ 過食 ・ 脱水傾向 ・ 体重の変化 (急に増えた・急に減った)  
 食べ物ではないものを食べようとする ・ こだわりが強い ・ 性格の変化  
 物を盗まれたという (物盗られ妄想) ・ 不要な物を集める (収集癖) ・ 幻聴や幻覚  
 金銭管理ができない ・ 大切な物を何度もなくす ・ 服薬管理ができない ・ 疲れやすい  
 尿失禁 ・ 意欲低下 ・ 外出して戻れない ・ 道に迷う ・ 介護を拒否する  
 症状が急激に進行している ・ 家族関係が悪い ・ 本人以外に認知症の家族がいる  
 その他具体的に

**3. これまでにかかったことがある病気**

◆主な病気 ( )

---

◆主な内服薬 ( )

---

◆その他特記すべきこと ( )

#### 4. 生活状況や本人の状態について

◆介護者 いる（本人との関係： / 同居 ・ 別居） ・ いない  
 ↳ 介護者の状況について特記すべきことがあればご記入ください  
 （ ）

◆経済状況 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 無年金 ・ 生活保護 ・ その他  
 ↳ 経済状況について特記すべきことがあればご記入ください  
 （ ）

#### ◆日常生活状況

食 事	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
移 動	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
排 泄	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
掃除・洗濯	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
服薬管理	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
調 理	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
買 物	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
入 浴	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
金銭・財産管理	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）
医療機関の受診	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要	その他（ ）

#### ◆本人の好きな事・嗜好品

趣味・特技（ ）

飲酒 あり（1日量 ） ・ なし 喫煙 あり（1日 本） ・ なし

◆介護の認定 受けている ・ 申請中 ・ 受けていない  
 ↳ 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

◆利用中のサービス（サービス名や利用頻度などをご記入ください）

（ ）

◆関わっている機関・担当者など（地域包括支援センターやケアマネジャーなど）

機関名（ ） 担当者職・氏名（ ）  
 機関名（ ） 担当者職・氏名（ ）

備考