

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

介護保険の情報

ケアマネジャー氏名： 事業所名

現在の要介護度

- ・未申請
 - ・申請中
 - ・要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
- 有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日

介護サービス利用状況

事業所名	サービス名	利用回数

（例）火の国デイサービスセンター デイサービス 週に3回（月・水・金）

※サービス内容や要介護度に変化があれば加筆してください

（ 年 月 日変更）

- ・要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
- 有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日

介護サービス利用状況

前述と同じ

事業所名	サービス名	利用回数

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

※サービス内容や要介護度に変更があれば加筆してください

介護保険の情報

ケアマネジャー氏名： 事業所名

現在の要介護度

（ 年 月 日変更）

- ・申請中
 - ・要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
- 有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日

介護サービス利用状況

前述と同じ

事業所名	サービス名	利用回数

（例）火の国デイサービスセンター デイサービス 週に3回（月・水・金）

※サービス内容や要介護度に変化があれば加筆してください

（ 年 月 日変更）

- ・要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
- 有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日

介護サービス利用状況

前述と同じ

事業所名	サービス名	利用回数

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

関わっている人一覧（家族）

※主にかかわっている人をはじめに書いてください

名 前	職種または続柄	所属または居住地	連絡先
(例) 熊本洋子	長女	鹿児島市内	000-0000

(役割が変わったら加筆してください)

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

関わっている人一覧（地域や介護担当者）

※主にかかわっている人をはじめに書いてください

名 前	職種または続柄	所属または居住地	連絡先
(例) 熊本花子	ケアマネ	支援事業所	000-0000

(担当が変わったら加筆してください)

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

かかりつけの医療機関

医療機関名	診療科	住 所	電話番号	主治医
(例) くまもん病院	整形外科	熊本市	000-0000	熊本次郎

(新しい医療機関を受診したら加筆してください)

先生が記入してください

認知症機能評価スケール

(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30
(年 月 日)	MMSE /30	HDS-R /30

参考となる指標

(MMSE)

19~23 軽度	10~18 中等度	9以下 重度
----------	-----------	--------

(HDS-R) 重症度別平均点

非認知症	24.3±3.9点	軽度	19.1±5.0	中等度	15.4±3.7
やや高度	10.7±5.4	非常に高度	4.0±2.6		

※高齢者のための知的機能検査の手引きより引用

認知症診断名

診断名		確定・疑い	診断日	年	月	日
		確定・疑い	診断日	年	月	日
		確定・疑い	診断日	年	月	日

先生が記入してください

お薬情報

現在服用中のお薬を記入してください。（お薬手帳などに記載・添付されている情報書などお薬に関する資料を添付されても構いません。）

例) アリセプト（5mg）1錠 朝食後 平成20年3月から もの忘れに対して } 熊大病院
 アダラートL（10mg）1錠 朝食後 平成18年5月から 高血圧症に対して }

薬品名	用量・投与法	いつから	何に対して	医療機関名

（変更があれば加筆してください）

治療効果・副作用（中止理由、変更理由もお書きください。）

先生が記入してください

検査データ

画像診断〈CT・MRI（VSRADなど）〉（検査資料を添付されても構いません）

検査名	実施日	医療機関	コメント
例) CT	平成20年4月1日	もっこす病院	びまん性脳萎縮

連絡ノート（医療機関用）

診療情報提供書

連絡ノート（医療機関用）

診療情報提供書

紹介先 医療機関名、担当医 (先生)	紹介元 所在地、電話番号 ()	平成 年 月 日
	医療機関名、担当医 ()	

患者氏名

患者住所 性別 男・女

電話番号 職業

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

(
)

治療経過

(
)

現在の処方

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保健医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

連絡ノート〔家族、介護施設用〕

先生に伝えたいこと、困っていること

〔 年 月 日 記入者： 〕

当てはまる番号に○を記入して下さい。

- 1 もの忘れが増えた。（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 2 何度も同じことを聞く。
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 3 曜日、日付がわからない。
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 4 火の不始末がある。（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 5 止めても車を運転しようとする。
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 6 訪問販売で高額な物を買ってしまうなど、金銭問題がある。
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 7 昼夜問わず用もないのに外出しようとする。
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 8 何もしようとしない。何事にも関心がない。（入浴、着替えを嫌がるなど）
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 9 抑制が効かない。社会的なルールが守れない。（万引きなど）
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 10 物や金品を盗られたとって大騒ぎする。
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 11 誰かが危害を加えようとしているなどの妄想がある。
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）
- 12 ありもしない幻が「見える」「聞こえる」ようだ。
（ 年 月頃から 年 月頃まで・現在も）

13 夜、寝ない。 (年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

14 気分が落ち込んで部屋に引きこもっている
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

15 ご飯を食べない。痩せが目立つ。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

16 トイレが間に合わない。トイレの場所が分からない。
トイレ以外のところでしてしまう。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

17 外に出ると道に迷う。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

18 家族のことが分からない。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

19 大声で暴言を言ったり、物を投げたり、暴力がある。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

20 怒りやすい、興奮しやすい、気分が変わりやすい。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

21 理解できないような、異常な行動がある。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

22 食べ物ではないものを食べる。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

23 収集癖がある。物を隠す。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

24 近所や家族間、または他の施設利用者とトラブルがある。
(年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

25 その他 (年 月頃から 年 月頃まで・現在も)

[]

連絡ノート〔家族、介護施設用〕

連絡・質問

(例) (デイサービス) から (かかりつけ医) に 連絡
質問 です

平成20年 4月 1日

先日、処方いただいた睡眠薬を服薬するようになり、日中のふらつきが目立ち、転倒のリスクが高まっています。

回答

処方したお薬を半錠にして、様子を見てください。

回答者：〇〇クリニック医師

確認サイン（関係者で確認された方はサインしてください）

{

() から () に 連絡
質問 です

年 月 日

回答

回答者：

確認サイン（関係者で確認された方はサインしてください）

{

火の国 あんしん受診手帳

発行：平成24年11月発行

作成：熊本県認知症疾患医療センター

医療-介護連携のための

火の国 あんしん受診手帳

使用マニュアル

（医療機関用・介護事業所用）



© 2010 熊本県 くまモン

医療機関用

● お忙しい診療中とは思いますが、患者さんが受診時に持参された際には必ずご覧ください。

診療内容や処方の変更など関係者が見て役に立つような情報は、簡単に結構ですので、連絡・質問のページにその内容を記入していただくと助かります。

● **お薬情報** のページ (P16-18) には「いつから」「何に対して」の記載もお願いします。中止になったり変更になった場合には同ページの下部に中止した理由や変更日などを記入してください。

● **連絡ノート〔家族、介護施設用〕** の「連絡・質問」のページ (P23-26) はケアマネジャーや介護スタッフへ連絡したいことがあればご活用ください。先生宛の記載でなくても「**確認サイン**」にサインを頂けると、「先生も読んでくださっている」と記入した人が実感できると思います。

先生が記入してください

お薬情報

現在服用中のお薬を記入してください。（お薬手帳などに記載・添付されている情報書などお薬に関する資料を添付されても構いません。）

例) フリセプト (5mg) 1錠 朝食後 平成20年3月から もの忘れに対して 精神科院
 アズラートL (10mg) 2錠 朝食後 平成18年5月から 高血圧症に対して

薬品名	用量・投与方法	いつから	何に対して	医療機関名

(変更があれば加筆してください)

治療効果・副作用 (中止理由、変更理由もお書きください。)

- 16 -

連絡ノート〔家族、介護施設用〕

連絡・質問

(例) (デイサービス) から (かかりつけ医) に 連絡 します

{ 平成20年 4月 1日
先日、処方いただいた腫瘍薬を服薬するようになり、日中のふらつきが目立ち、筋力のリスクが高まっています。 }

回答 {
処方したお薬を半錠にして、様子を見てください。 }

回答者：〇〇クリニック医師

確認サイン (関係者で確認された方はサインしてください) {

() から () に 連絡 します

年 月 日

回答 {

回答者：

確認サイン (関係者で確認された方はサインしてください) {

- 23 -

● **連絡ノート（医療機関用）**

は診療情報提供書として活用できます。必要事項をご記入いただき、最上面（1枚目）を切り離してご使用ください。複写になっておりますので2枚目を医療機関控えとしてカルテに保存してください。3枚目は連絡用として手帳に残してください。診療情報提供書としてではなく、家族や介護事業所への連絡に使用される場合は（家族、介護事業所用の連絡ノート）にご記入ください。

連絡ノート（医療機関用）	
診療情報提供書	
紹介先 医療機関名、担当医 () 先生	平成 年 月 日 所在地、電話番号 () 医療機関名、担当医 ()
患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	職業
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（歳）
病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	()
治療経過	()
現在の処方	
備考	
<small>1. 必要がある場合は記録に記述して添付すること。 2. 必要がある場合は医療診断のフィルム、検査の記録を添付すること。 3. 紹介先が保健医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等の欄に紹介先医療機関、市町村、医療所名等をご記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。</small>	

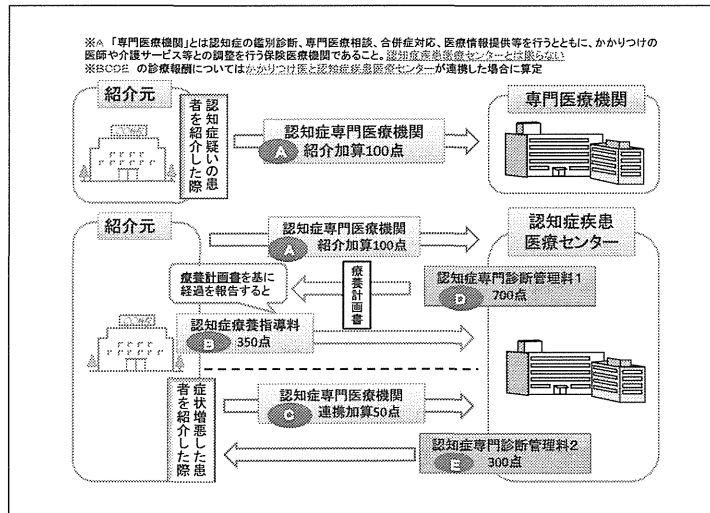
● **診療報酬について（2012年4月時点）**

〔診療点数早見表2012年4月版、医科（医学通信社）より参照〕

● **【診療情報提供料（I）に対する加算 100点】**

保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算できます。

※「専門医療機関」とは鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行う保険医療機関であること。認知症疾患医療センターとは限らない。



B 【認知症療養指導料 350点】

当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、「認知症専門診断料1」を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画書に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月に限り、月1回を限度として算定できます。

※診療情報提供料（I）の費用は、所定点数に含まれるものとする。

※特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

→認知症療養指導料は、保険医療機関が認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者に対して、認知症療養計画書に基づき、症状の定期的な評価〔認知機能（MMSE、HDS-R等）、生活機能（ADL、IADL等）、行動・心理症状（NPI、DBD等）等〕、家族又は介護者等による介護の状況〔介護負担度の評価（NPI等）〕の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、療養指導を行う。

C 【診療情報提供料（I）に対する加算 50点】

保険医療機関が、「認知症専門診断管理料」を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外

のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算できます。

※認知症専門医療機関連携加算は、認知症専門診断管理料を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者が、症状の増悪や療養方針の再検討を要する状態となった場合に、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に算定する。

※認知症専門診断管理料に関する施設基準→「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成20年3月31日障発第0331009号）における認知症疾患医療センターである。

【認知症専門診断管理料】

① 認知症専門診断管理料1は、認知症疾患医療センターが他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画書を作成）し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、1人につき1回限り算定する。なお患者に交付した文書の写しを診療録に貼付する。

② 認知症専門診断管理料2は、認知症の症状が増悪した患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、今後の療養計画等を説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、患者1人につき3月に1回限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に貼付する。