

認知症連携 診療情報提供書 (歯科医師会用)

年 月 日

紹介先 医療機関名

紹介元 歯科診療所

住所 〒

TEL

FAX

先生御侍史

歯科医師名

患者氏名		男女	生年月日	年 月 日 (才)
------	--	----	------	-----------

患者住所	〒
------	---

かかりつけ医による認知症早期発見のためのスクリーニング (例)

(TOP-Q: Tokyo Primary Questionnaires for Dementia) (工藤 千秋ら老年精医誌 2014年)

<p style="text-align: center; font-weight: bold;">時事計算・誕生日記憶</p> <p style="font-size: x-small; font-weight: bold;">質問</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 例えば、今度の東京オリンピック若しくは何か特別な出来事の場合は何歳? 2. 例えば、前の東京オリンピック若しくは何か特別な出来事の場合は何歳? 3. 誕生日はいつですか? <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">↓</p> <p style="font-size: x-small; font-weight: bold;">判定</p> <p>すべて正解のみ 「○」 いずれか一つ以上失敗 「×」</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">キツネ・ハト模倣テスト</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: x-small; font-weight: bold;">キツネ</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: x-small; font-weight: bold;">ハト</p> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">↓</p> <p style="font-size: x-small; font-weight: bold;">判定</p> <p>いずれか1つ失敗 「×」 両方とも失敗 「×」「×」</p>
--	---

TOP-Qの得点 = 「×」の個数の合計
 正常 = 0点

TOP-Qの2点以上 = 「×」数2個以上

↓

認知症の可能性あり

出典：東京都福祉保健局医療政策部医療政策課「住み慣れた街でいっまでも-認知症の人と家族にやさしいまち東京-」(平成30年3月発行)

<p>TOP-Q = 点</p>	<p style="font-size: x-small;">できなかった項目にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> ハト</p> <p><input type="checkbox"/> キツネ</p> <p><input type="checkbox"/> 時事計算・誕生日記憶</p> <p>※あてはまる所に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。</p>	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> ひどい物忘れ</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> 日時場所わからず</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> 妄想</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> 昼夜逆転</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> 徘徊</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> 介護抵抗</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <p><input type="checkbox"/> 暴力</p> </div> </div>
-----------------------------	--	--

問題となっている症状及び状態

ご返信

ご紹介ありがとうございました。

- 当院でフォローアップ致します。
- 当院よりさらに下記へ転院紹介させていただきます。

《メッセージ欄》

年 月 日

医療機関名 _____ 医師名 _____

TEL _____