

# 認知症連携 診療情報提供書 (訪問看護ステーション用)

年 月 日

紹介先 医療機関名

紹介元 訪問看護ステーション

住所 〒  
TEL  
FAX  
先生御侍史 担当者名

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」

**時事計算・誕生日記憶**

**質問**


- 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時は何歳?
- 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時は何歳?
- 誕生日はいつですか?

**判定**


すべて正解のみ  [○]  
いずれか一つ以上失敗  [×]

**キツネ・ハト模倣テスト**

キツネ



ハト



**判定**

いずれか1つ失敗  [×]  
両方とも失敗  [×] [×]

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

出典: 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課「住み慣れた街でいつ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)

認知症の可能性あり

できなかった項目にチェック

ハト

キツネ

時事計算・誕生日記憶

※あてはまる所に  を入れてください。

ひどい物忘れ  日時場所わからず

妄想  幻覚

昼夜逆転  徘徊

介護抵抗  暴力

TOP-Q =            点

**問題となっている症状及び状態**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

返信用紙  
うらにあります。

(大森医師会・大森歯科医師会・大田区薬剤師会編 ver.1, 2018)



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 \_\_\_\_\_