

認知症連携 診療情報提供書 (介護関連事業所用)

年 月 日

紹介先 医療機関名

紹介元 介護関連事業所

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場合は何歳?
- 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場合は何歳?
- 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

TOP-Q = 点

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

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 _____