

【取扱注意】



チーバくん

()様へ

千葉県オレンジ連携シート(R7年度改訂)

本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために、本人の認知症の症状や今後の生活に関する意向など、必要な情報共有を行うことを目的としています。御協力のほど、よろしくお願いいたします。

要返信

御本人のお名前(フリガナ) 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	住所(市町村・字名まで)
記入日 : ()年()月()日	発信者所属		
添付資料 : ()枚	氏名	電話番号	
認知症の症状	症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細		
送付目的・伝達・相談・依頼事項			
本人の意向(利用を希望するサービス、今後の生活に向けた本人の望み、想いなど)			

以下の項目の記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。

○基本情報

同居家族 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	
主介護者の続柄 : () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	キーパーソンの続柄 : () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
本人の病識 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	告知の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
告知の内容・本人の受け止め方 :	

○生活の状況 (記載例: 自立、一部介助、全介助など)

【IADL】	
買物 :	(特記事項:)
公共交通機関を使った外出 :	(特記事項:)
車の運転 :	(特記事項(過去の事故など))
日常金銭管理 :	
家事 :	
その他(地域とのつながりや趣味、生活歴、日常の活動状況、飲酒習慣など)	

○現在、利用している介護サービス ※ケアプランなど資料添付でも可

--

○医療の状況 現病歴、現在の処方、既往歴など

--

このシートは、県内全域において多職種が連携・協働する際にお役立ていただくため、千葉県が作成したものです。利用方法については千葉県ホームページを御覧ください(「千葉県オレンジ連携シート」で検索可能です)。