

《 記 入 例 》

広島県指定様式

相談書(かかりつけ医→認知症サポート医)

▲▲年▲▲月▲▲日

<p>(認知症サポート医)</p> <p>●●●●●● 病院</p> <hr/> <p>●●●●●● 先生</p>	<p>(かかりつけ医)</p> <p>医療機関名 ▲▲クリニック</p> <p>所在地 広島県▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲-▲-▲</p> <p>電話番号 ▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲</p> <p>FAX番号 ▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲</p> <p>氏名 ▲▲ ▲▲</p>
<p>相談内容 <input type="checkbox"/> 診断 <input checked="" type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> ケア <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※具体的な内容</p> <p>症状の改善を目的とした投薬に関して、次の3点について助言いただきたい。</p> <p>① 薬物治療の患者及び家族への説明 ② 塩酸ドネペジルの服用の仕方 ③ 副作用の説明</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p>	
<p>基本属性 年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 70歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</p> <p>生活環境 在宅(同居家族 子夫婦) 施設 その他()</p>	
<p>既往歴 糖尿病, 高血圧症</p>	
<p>症状・治療経過 糖尿病及び高血圧症の長期治療中。数年前よりもの忘れ出現。 見当識障害, 計算力障害が出現したため受診</p> <p style="text-align: right;">※必要に応じて画像等の添付も可</p>	
<p>現在の処方 (アリセプト 3mg) () () ()</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※処方箋の写しの添付も可</p>	
<p>介護保険の利用 あり(要支援 要介護度 2) なし</p> <p>利用サービスの種類</p> <p>(デイサービス) () ()</p>	
<p>その他(生活上の困難・家族が対応に困ることなど)</p> <p>家族が服薬の管理をすることを嫌がっている。</p>	
<p>助言書(認知症サポート医→かかりつけ医)</p> <p>●●年●●月●●日 (認知症サポート医)</p> <p style="text-align: right;">●●●●●●</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>回答内容 診断 治療 ケア その他()</p> <p>具体的な内容</p> <p>① 患者及び家族に対して期待される効果を説明し、理解を得ておく必要があります。約数か月から1年くらいは現状維持が可能で、なかにはもの忘れや判断力の改善が認められる場合がありますが、根治療法ではないこと、長期的には症状が進行することなどを十分説明してください。</p> <p>② 3mgを2週間服用し、副作用がなければ5mgに増量してください。MMSE12点以下、FAST6以上(着衣、入浴、排泄に介助を要する等の状態)の高度アルツハイマー型認知症患者に対して10mgを処方する際には、5mgで4週間以上経過をみた後に増量してください。</p> <p>③ 嘔気や食欲不振などの消化器症状がでる場合がありますので、これらの症状が出現した場合には、胃腸薬を併用しながら再投与することで服薬を継続できる場合もあるため、早めに相談するよう説明してください。導入時や増量時に多くみられます。また、服用後、意欲の昂進による不穏、興奮、易怒性、攻撃性がみられることがあり、介護負担の増大や周りの人との争いがでてくる場合がありますが、効果の一部であることを、家族に必ず説明しておいてください。その場合は一時中止することもあります。</p>	

(かかりつけ医→認知症サポート医→かかりつけ医)