

若年性認知症支援連携シート①

記入日：平成 年 月 日

氏名	様	住所	
性別	男・女	電話	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	緊急連絡先	

疾患名	医療機関名(診療科目/担当医)	
		病院
		科
		先生
生活暦・病歴(既往歴・合併症など)		主介護者
		家族構成

就労	職業の種類：
	現在の状況：在職中・休職中(期間 ~)・退職・その他()
生計	本人の収入(有・無)(給料・年金・その他：)
	家族の収入(有・無)(給料・年金・その他：) (誰：)

	制度名	手続き	等級・種類/備考
経済保障	傷病手当(健康保険)	未・済・不要	
	失業等給付	未・済・不要	基本手当・傷病手当
	障害者基礎年金	未・済・不要	1・2
	障害者厚生年金	未・済・不要	1・2・3
	生活保護	未・済・不要	
	老齢年金	未・済・不要	基礎年金・厚生年金・共済年金
	企業年金	未・済・不要	
	遺族年金	未・済・不要	
	その他	国民年金支払い免除・住宅ローン支払い免除・生命保険優遇処置など	
医療	自立支援医療	未・済・不要	
	国民健康保険	未・済・不要	
	社会保険	未・済・不要	
	共済保険	未・済・不要	
	高額療養費助成制度	未・済・不要	
	高額療養費・介護合算制度	未・済・不要	
介護保険	要介護認定	未・済・不要	要介護・支援()
障害者手帳	身体障害者手帳	未・済・不要	種 級
	精神障害者保健福祉手帳	未・済・不要	級
権利擁護	地域福祉権利擁護事業	未・済・不要	
	成年後見制度	未・済・不要	後見人・保佐人・補助人 氏名()
その他			

若年性認知症支援連携シート②

記入日：平成 年 月 日

当事者の状況

主訴	
症状	DAD () QOL ()

家族（介護者）の状況

主訴	
介護負担	SDS () Zarit介護負担感 () 介護肯定感 () 面談時の様子など：

支援について

これまでの経過
各連携機関担当者の意見のまとめ
支援の方針
支援の方策

連携関係機関一覧

機関名	サービス枠組み	内容	利用頻度	担当者名