

# オレンジチーム相談対応連携シート

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳)	連絡先	氏名 電話番号 続柄

1	年齢が40歳以上である	はい	いいえ
2	在宅で生活をしている	はい	いいえ
3	認知症が疑われる又は認知症である	はい	いいえ

1.2が『いいえ』  
→対象外



4	医療サービス、介護サービスを受けていないまたは中断している	はい	いいえ
---	-------------------------------	----	-----

4が『はい』  
→5.6.7へ

4が『いいえ』  
→8へ



5	認知症疾患の臨床診断を受けていない	はい	いいえ
6	継続的な医療サービスを受けていない	はい	いいえ
7	適切な介護サービスに結びついていない	はい	いいえ



8	認知症の行動・心理症状が 顕著なため対応に苦慮している	はい
		いいえ

8が『いいえ』  
→対象外

支援対象外

実施した対応があればチェック

8が『はい』

対応に苦慮している内容

<input type="checkbox"/>	医療機関への受診を勧奨
<input type="checkbox"/>	医療機関との連携を行う
<input type="checkbox"/>	介護保険申請の勧奨
<input type="checkbox"/>	介護保険利用調整を行う
<input type="checkbox"/>	その他



対応後、介護サービスまたは医療につながった	対応が困難
-----------------------	-------

支援対象外

認知症初期集中支援チーム  
(オレンジチーム) へ相談