氏名（　　）　【登録番号：　　】

# 認知症徘徊情報シート

（聞き取り者：　　）令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 病名 | ☐ アルツハイマー型認知症　☐ 血管性認知症　☐ レビー小体型認知症<br>☐ 前頭側頭型認知症　☐ その他（　　） |
| 介護情報 | ☐ 未申請　☐ 申請中<br>☐ 介護度　（ 要支援 1 ・ 2　要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）<br>有効期間（ 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日）<br><利用しているサービス内容(種類・曜日）など> |
| 生活状況 | ☐ 独居　☐ 高齢者世帯　☐ 家族と同居（　と　人暮らし）<br><家族の健康状態や支援状況など> |
| 過去の徘徊の経験 | |

徘徊の行動パターン・対策

◆よくおこる時間帯がありますか。

◆よく出かける場所・出かけたい場所・徘徊する理由はわかりますか。

◆徘徊がおこるきっかけはありますか。

◆徘徊のルートは決まっていますか。

◆徘徊の対策をしている、または対策を考えていますか。（例：近所に見守りを頼む・名札を付ける・GPS等）

◆その他