

認知症ケアチーム ラウンドメモ／カンファシート

※本紙は記録用です。施設基準や算定要件の全文は含みません。

患者ID		評価日	
病棟・場所		担当者	
主訴・相談トリガー		依頼日／初回ラウンド日	

初回に固定する6点セット（運用の再現性）

固定項目	チェック（固定できたら□に✓）	メモ
相談トリガー	<input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 自己抜去	
BPSDの整理	<input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 状況 <input type="checkbox"/> 前後関係 <input type="checkbox"/> 介入反応	
身体要因	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染兆候	
環境要因	<input type="checkbox"/> 刺激 <input type="checkbox"/> 騒音 <input type="checkbox"/> 照明 <input type="checkbox"/> 生活リズム	
担当と期限	<input type="checkbox"/> 提案 <input type="checkbox"/> 担当 <input type="checkbox"/> 期限 <input type="checkbox"/> 次回確認日	
身体的拘束日の扱い	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 代替策 <input type="checkbox"/> 20%日確認	

ラウンド記録（現状＋提案メモ）

観点	確認	担当	根拠メモ（短文）
現在の主症状	<input type="checkbox"/> 確認		
身体要因（疼痛・排泄・睡眠等）	<input type="checkbox"/> 確認		
環境要因（刺激・照明・生活リズム等）	<input type="checkbox"/> 確認		
非薬物介入案	<input type="checkbox"/> 提案		
家族・病棟への共有	<input type="checkbox"/> 実施		
次回までの担当	<input type="checkbox"/> 設定		
期限・再確認日	<input type="checkbox"/> 設定		
次回確認	<input type="checkbox"/> 実施		

再評価メモ（結果・継続・解除条件など）
