

認知症療養評価書

社会医療法人立川メディカルセンター

柏崎厚生病院 認知症疾患医療センター (TEL: 0257-23-1234 FAX: 0257-22-0115)

担当医 _____ 先生

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳

病名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 混合型認知症 <input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI) <input type="checkbox"/> その他 ()		
認知機能検査	<input type="checkbox"/> HDS-R 点 / 30点 <input type="checkbox"/> MMSE 点 / 30点 <input type="checkbox"/> 未実施		
生活障害	<input type="checkbox"/> 日常生活は自立している <input type="checkbox"/> 他者による見守り、または部分的介助を要す <input type="checkbox"/> 他者による全介助を要する		
行動心理 症状	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 健忘 <input type="checkbox"/> その他 ()		

家族又は介護者による介護の状況

<input type="checkbox"/> 在宅サービス利用なし <input type="checkbox"/> 在宅サービス利用あり <input type="checkbox"/> 施設入所中 () 特記事項 ()	
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
利用中の サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイケア) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所

治療経過

処方薬	<input type="checkbox"/> 前回の処方を継続 <input type="checkbox"/> 前回の処方を変更 <input type="checkbox"/> 内容 ()
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
症状	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり ()
生活状況	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり ()

要望	
----	--

医療機関名 _____

担当医: _____

説明日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人または家族または介護者: _____ (続柄 _____)