

認知症療養評価書

医療法人松籟会 河畔病院
認知症疾患医療センター河畔
FAX : 0955-77-2722

医療機関の
所在地
医療機関名
電話番号
医師氏名

外来担当医 先生

印

フリガナ		性別		
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 () 歳
病名	☐ 軽度認知障害 ☐ アルツハイマー型認知症 ☐ 脳血管性認知症 ☐ 皮質下性脳血管性認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 前頭側頭型認知症 ☐ 注意障害 ☐ せん妄 ☐ うつ病 ☐ 嗜銀顆粒性認知症 ☐ 異常なし ☐ その他 ()			

I. 症状

認知機能検査	☐ HDS-R (点/30) (実施日: 年 月 日) ☐ MMSE (点/30) (実施日: 年 月 日) ☐ その他評価尺度 ()				
認知障害	☐ なし ☐ 記憶障害 ☐ 遂行機能障害 ☐ 見当識障害 ☐ 失語 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ その他 ()				
生活障害 (ADL・IADL)	ADL困難: ☐ なし ☐ 移乗 ☐ 歩行 ☐ 階段 ☐ 入浴 ☐ 食事 ☐ 排尿 ☐ 排便 ☐ 更衣 ☐ 整容 ☐ その他 () IADL困難: ☐ なし ☐ 電話 ☐ 服薬管理 ☐ 金銭管理 ☐ 交通機関の利用 ☐ 買い物 ☐ 家事 ☐ 食事準備 ☐ 洗濯 ☐ その他 ()				
行動・ 心理症状 (BPSD)	☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 易怒・興奮 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 昼夜逆転 ☐ 夜間せん妄 ☐ 徘徊 ☐ 無為・無関心 ☐ 心氣的 ☐ 介護への抵抗 ☐ 抑うつ ☐ 不安・焦燥 ☐ 不眠 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行為 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()				

II. 家族又は介護者による介護の状況

生活状況	☐ 独居 ☐ 同居家族が介護 ☐ 施設職員が介護 ☐ その他 ()				
介護認定	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
介護サービス	☐ ホームヘルプ利用 (回/週) ☐ デイサービス通所 (回/週) ☐ 訪問介護 (回/週) ☐ ショートステイ利用 (泊/月) ☐ 施設入所 ☐ 入院中 ☐ その他 ()				

III. 治療経過

処方薬	☐ 前回の処方を継続 ☐ 前回の処方を変更 内容: ()				
抗認知症薬 の効果	☐ あり ☐ なし ☐ その他 ()				
副作用	☐ なし ☐ あり (症状:)				

IV. 特記事項

--

説明日: 年 月 日

認知症療養評価書の説明を受けました。

本人又は家族又は介護者の署名: