

認知症療養評価書

(当センターで認知症専門診断管理料
1を算定した方のみ有効)

フリガナ		性別		
患者氏名			生年月日	() 歳
病名	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知所 <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"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ()			

I. 症状

認知障害	<input type="checkbox"/> HDS-R () 点/30) <input type="checkbox"/> MMSE () 点/30)		
	<input type="checkbox"/> その他評価尺度 ()		
	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 失効 <input type="checkbox"/> 失認
生活障害 (IADL)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 金銭管理が困難 <input type="checkbox"/> 移動・外出が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 保清が困難 <input type="checkbox"/> 家事が困難 <input type="checkbox"/> 服薬管理が困難	<input type="checkbox"/> 買い物が困難 <input type="checkbox"/> 電話をすることが困難
行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 易怒・興奮 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 無為・無関心 <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 心氣的 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 性的問題行動

II. 家族または介護者による介護状況

生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族が介護 <input type="checkbox"/> 施設職員が介護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護認定	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支Ⅰ <input type="checkbox"/> 要支Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介Ⅰ <input type="checkbox"/> 要介Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介Ⅲ <input type="checkbox"/> 要介Ⅳ <input type="checkbox"/> 要介Ⅴ			
介護サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ利用 () 回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス通所 () 回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ利用 () 回/週)			
	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()			

III. 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 内容： ()		
抗認知症薬の効果	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明		
副作用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()		

IV. 特記事項

医療機関名

担当医

説明日

本人または介護者の署名