

認知症療養評価書

(B005-7-2認知症療養指導料)

医療法人資生会 八事病院

認知症疾患医療センター FAX:052(832)2182

担当医 _____ 先生

患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢		生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
病名	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <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"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他(_____)							

I. 症状

認知機能検査	<input type="checkbox"/> MMSE (_____ /30) <input type="checkbox"/> HDS-R (_____ /30) <input type="checkbox"/> 未実施 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 年 月 日実施 年 月 日実施 </div>							
認知障害	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 計算力障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他(_____)							
生活障害	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他(_____)							

II. 家族又は主たる介護者による介護の状況

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"/> 支Ⅰ <input type="checkbox"/> 支Ⅱ <input type="checkbox"/> 介Ⅰ <input type="checkbox"/> 介Ⅱ <input type="checkbox"/> 介Ⅲ <input type="checkbox"/> 介Ⅳ <input type="checkbox"/> 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(_____ 回/週) <input type="checkbox"/> デイケアサービス利用(_____ 回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ利用(_____ 泊/月) <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"/> その他(_____)							
向精神薬の効果	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> その他(_____)							
副作用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)							

IV. 特記事項

※備考 各欄下線部の項目は必須ですので、必ずご記入ください。

医療機関名: _____

担当医: _____

説明日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人又は介護者の署名: _____