

認知症療養評価書

FAX:054-336-1122

説明日 令和 年 月 日

患者氏名		性別		年齢	歳	生年月日	年 月 日
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 その他 ()						

症状 ※

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 特記すべき生活障害 ()
認知障害	短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない 自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない その他みられる認知障害 ()
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"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <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 その他みられる症状 ()

介護状況

介護状況	<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 その他介護状況・介護負担 ()
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援 () 要介護 ()
介護サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 不明 その他 ()

抗認知症薬

処方の変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
効果	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

備考	
----	--

医療機関名 _____ 担当医 _____ 先生

本人または介護者の署名 _____ 様