

認知症療養評価書

社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院

地域連携型認知症疾患医療センター

担当医 _____

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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症 <input type="checkbox"/> 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"/> その他 ()		

1. 症状

認知障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 軽度認知症 <input type="checkbox"/> 中等度認知症 <input type="checkbox"/> 高度認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()
認知機能検査	<input type="checkbox"/> MMSE /30 <input type="checkbox"/> HDS-R /30
生活障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事摂取 <input type="checkbox"/> 着脱衣 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 食事準備 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 金銭管理
行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 易怒・興奮 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <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 ()

2. 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"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他 ()
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援Ⅰ <input type="checkbox"/> 要支援Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅰ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅲ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅳ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅴ
介護サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ (回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス (回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ (泊/月) <input type="checkbox"/> デイケア (回/週) <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()
介護負担度	認知障害に対して <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ごく軽度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 非常に重度あるいは極度 生活障害に対して <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ごく軽度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 非常に重度あるいは極度 BPSDに対して <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ごく軽度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 非常に重度あるいは極度

3. 治療経過

処方	<input type="checkbox"/> 前回処方を継続 <input type="checkbox"/> 前回処方を変更 ()
抗認知症薬の効果	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> どちらともいえない
向精神薬の効果	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> どちらともいえない
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

4. 特記事項

--

医療機関名 _____

担当医 _____

説明日： 年 月 日

本人または介護者の署名 _____