

認知症療養評価書

(B-005-7-2 認知症療養指導料用)

産業医科大学病院認知症センター
(北九州市認知症疾患医療センター)

〒806-0556 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1

TEL: 093-603-1611 (内線 8002)

外来担当医

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

氏名		性別		生年月日		年	月	日	歳
		男	女						
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"/> 混合性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()								

I. 症状の評価

認知機能等のアセスメント	<input type="checkbox"/> HDS-R 点/30点 <input type="checkbox"/> MMSE 点/30点 <input type="checkbox"/> その他 ()								
生活の自立状況	<input type="checkbox"/> 日常生活は自立している <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介護が必要								
生活障害 (ADL/IADL)	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> トイレ動作 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 趣味・余暇活動 <input type="checkbox"/> 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 言葉の理解と発語 <input type="checkbox"/> その他 ()								
行動・心理症状 (BPSD等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								

II. 家族または介護者による介護状況

介護の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と生活 <input type="checkbox"/> 施設入所: (主な支援者:)								
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)								
介護サービス	<input type="checkbox"/> デイケア (回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス (回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ (回/月) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()								
家族または介護者が困っている事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> 介護体制が不十分 (例: 社会資源等の不足) <input type="checkbox"/> 症状への対応方法 <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 住まいのこと (例: 改修、住みかえ) <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"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> その他 ()								
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)								

IV. 特記事項

--

説明日: 年 月 日

本人または家族または介護者の署名

認知症療養評価書についての説明を受けました。