**認知症療養評価書**

令和　　　年　　　月　　　日

岡崎市民病院

認知症疾患医療センター　担当医　宛

紹介元医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　 印

電話・FAX

療養計画を実施している患者様について、患者様合意の上、以下の通り診療状況を報告します

**【患者様の情報】**

フリガナ

患者氏名：　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　年　　月　　日　　　　性別： :

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 | アルツハイマー型認知症　　　脳血管性認知症　　　レビー小体型認知症  　　　前頭側頭型認知症　　　　　 その他（　　　　　　　　　 　） |

**１．症状について**

|  |
| --- |
| 変化を認めます（　　増悪　　　改善　）　　 　 　　変化を認めません |

※変化が認められた症状についてチェックをお願いします

|  |  |
| --- | --- |
| 中核症状 | 短期記憶障害　　　　見当識障害　　　　実行機能障害  　　　理解力の低下　　　　判断力の低下　 　感情表現の変化 |
| 生活症状  （IADL） | なし　　　　保清が困難　　　買い物が困難　　　金銭管理が困難  　　　家事が困難　　　電話をかけることが困難 　　　　移動、外出が困難  　　　服薬管理が困難 |
| BPSD | なし　　　　屋内外を徘徊する　　　食事やトイレの異常行動  　　　幻覚や妄想がある　　　攻撃的で暴言を吐く　　　昼夜逆転がある  　　　興奮して大声でわめく　　　やる気が無く何もしない　　　暴力を振るう  　　　落ち込んで雰囲気が暗い　　　　　いつもイライラしている |
| 診療上特に問題  となる症状及び  追記事項 |  |

**２．治療計画の実施状況について**

|  |
| --- |
| 現在の治療を継続しています |
| 現在の治療を変更しました（変更内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

送り先　岡崎市民病院認知症疾患医療センター

　　　　　　　　　　　　　FAX 0564-25-6720