

認知症療養評価書

岡崎市民病院

令和 年 月 日

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	<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	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

1. 症状について

<input type="checkbox"/> 変化を認めます(<input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 改善)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 理解力の低下 <input type="checkbox"/> 判断力の低下 <input type="checkbox"/> 感情表現の変化
生活症状 (IADL)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 保清が困難 <input type="checkbox"/> 買い物が困難 <input type="checkbox"/> 金銭管理が困難 <input type="checkbox"/> 家事が困難 <input type="checkbox"/> 電話をかけることが困難 <input type="checkbox"/> 移動、外出が困難 <input type="checkbox"/> 服薬管理が困難
BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 屋内外を徘徊する <input type="checkbox"/> 食事やトイレの異常行動 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想がある <input type="checkbox"/> 攻撃的で暴言を吐く <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 興奮して大声でわめく <input type="checkbox"/> やる気が無く何もしない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう <input type="checkbox"/> 落ち込んで雰囲気が暗い <input type="checkbox"/> 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