

## 認知症療養報告書

(報告先医療機関名)

医療法人尚寿会 あさひ病院  
認知症疾患医療センター

担当医.....先生 記入年月日 .....年.....月.....日

(フリガナ) 患者氏名		男 女	生年月日	MT SH	年 月 日	年 齢	歳
疾 患 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"/> 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"/> 混合型認知症 <input type="checkbox"/> その他 [ ]						

★症状

認知機能検査	<input type="checkbox"/> MMSE [      点] <input type="checkbox"/> HDS-R [      点] <input type="checkbox"/> 未実施
認知障害	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 計算力障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
生活障害 (I-ADL,ADL)	障害高齢者の日常生活自立度； <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"/> 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
行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 無し <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"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 [ ]

★家族または介護者による介護状況

生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族が介護 <input type="checkbox"/> 施設職員が介護 <input type="checkbox"/> その他[ ]
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支援Ⅰ <input type="checkbox"/> 支援Ⅱ <input type="checkbox"/> 介護Ⅰ <input type="checkbox"/> 介護Ⅱ <input type="checkbox"/> 介護Ⅲ <input type="checkbox"/> 介護Ⅳ <input type="checkbox"/> 介護Ⅴ
介護サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ利用 (      回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス利用 (      回/週) <input type="checkbox"/> デイケアサービス (      回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ利用 (      泊/月) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 [ ]

★治療の経過

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 ⇒ <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止 内容 [ ]
抗認知症薬効果	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明
副作用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り [ ]

★特記事項

備考 各欄下線部の項目は必須ですので、必ずご記入ください。

医療機関名 \_\_\_\_\_

説明日 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

担当医 \_\_\_\_\_

本人又は家族又は介護者の署名

\_\_\_\_\_