

認知症療養報告書

(報告先医療機関名)

医療法人尚寿会 狭山尚寿会病院
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
