

認知症療養計画書

説明日 _____

患者氏名	性別	年齢	生年月日

病名	
検査結果	
介護認定	<input type="radio"/> 申請予定 <input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 申請済

I. 症状

認知障害 (MMSE,HDS-R等)	<input type="checkbox"/> MMSE [/30] <input type="checkbox"/> HDS-R [/30]
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
行動・心理症状 (DBD等)	
介護上特に問題 となる症状	

II. 家族又は介護者による介護の状況

--

III. 治療計画

--

IV. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

--

V. 緊急時の対応方法・連絡先

--

VI. 特記事項

--

担当医 _____

本人又は家族又は介護者の署名 _____