

# 認知症療養評価書

あいせい紀年病院  
 認知症疾患医療センター宛  
 FAX:052-821-7646



説明日 年 月 日

患者氏名	性別	年齢	生年月日
	男・女	歳	M・T・S・H 年 月 日
病名	<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   その他 ( )		

## 症状

生活障害 (IADL)	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) <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"/> 自立 <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 特記すべき生活障害 ( )
認知障害	短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない 自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない その他みられる認知障害 ( ) MMSE・HDS-R ( ) 点
行動・心理症状 (BPSD)	<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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 その他みられる症状 ( )

## 介護状況

介護状況	<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 その他介護状況・介護負担 ( )
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中   要支援 (I・II)   要介護 (I・II・III・IV・V)
介護サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 不明   その他 ( )

## 抗認知症薬

処方の変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
効果	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

備考	
----	--

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

本人または介護者の署名 \_\_\_\_\_