

認知症療養評価書

(B005-7-2 認知症療養指導料用)

フリガナ		性別	生年 月日	() 歳
患者氏名				
病名	☐軽度認知障害☐アルツハイマー型認知症☐脳血管性認知症 ☐レビー小体型認知症☐前頭側頭型認知症☐混合型認知症 ☐若年性認知症☐パーキンソン病☐せん妄 ☐その他 ()			

I. 症状

認知障害	☐MMSE (点)☐HDS-R (点) ☐その他評価尺度 (点) ☐無し☐記憶障害☐遂行機能障害 ☐見当識障害☐計算力障害☐失語☐失行☐失認 ☐その他 ()		
生活障害 (IADL)	☐無し☐保清が困難☐買い物が困難 ☐金銭管理が困難☐家事が困難☐電話をかけることが困難 ☐移動・外出が困難☐服薬管理が困難☐ ☐その他 ()		
行動・ 心理症状 (BPSD)	☐無し☐妄想☐幻覚 ☐易怒・興奮☐拒否☐多幸・発揚状態 ☐夜間せん妄☐徘徊☐異食 ☐不潔行為☐抑うつ☐不安・焦燥 ☐心氣的☐不眠☐無為・無関心 ☐その他 ()		

II. 家族または介護者による介護状況

生活状況	☐ 独居 ☐ 同居家族が介護 ☐ 施設職員が介護 ☐ その他 ()			
介護認定	☐ 無し ☐ 申請中 ☐ 支Ⅰ ☐ 支Ⅱ ☐ 介Ⅰ ☐ 介Ⅱ ☐ 介Ⅲ ☐ 介Ⅳ ☐ 介Ⅴ			
介護サービス	☐HH利用 (回/週)☐DS通所 (回/週)☐SS利用 (泊/月) ☐施設入所☐入院中☐その他 ()			

III. 治療経過

処方薬	☐前回の処方を継続 ☐前回の処方を変更 内容: ()		
抗認知症薬 の効果	☐ 無し ☐ 有り ☐ 不明		
副作用	☐ 無し ☐ 有り ()		

IV. 特記事項

--

医療機関名

担当医:

説明日:

本人又は介護者の署名: