

# 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	<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"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

## I. 症状

認知障害	<input type="checkbox"/> MMSE (                      点 ) <input type="checkbox"/> HDS-R (                      点 ) <input type="checkbox"/> その他評価尺度 (                      点 ) <input type="checkbox"/> 無し <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 (IADL)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 保清が困難 <input type="checkbox"/> 買い物が困難 <input type="checkbox"/> 金銭管理が困難 <input type="checkbox"/> 家事が困難 <input type="checkbox"/> 電話をかけることが困難 <input type="checkbox"/> 移動・外出が困難 <input type="checkbox"/> 服薬管理が困難 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 易怒・興奮 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 多幸・発揚状態 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 心氣的 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 無為・無関心 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		

## II. 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"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支Ⅰ <input type="checkbox"/> 支Ⅱ <input type="checkbox"/> 介Ⅰ <input type="checkbox"/> 介Ⅱ <input type="checkbox"/> 介Ⅲ <input type="checkbox"/> 介Ⅳ <input type="checkbox"/> 介Ⅴ			
介護サービス	<input type="checkbox"/> HH利用 (                      回/週) <input type="checkbox"/> DS通所 (                      回/週) <input type="checkbox"/> SS利用 (                      泊/月) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			

## III. 治療経過

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 内容： ( )			
抗認知症薬の効果	<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 (                      )			

## 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： \_\_\_\_\_