認知症療養評価書

記載日

（当センターで認知症専門診断
管理料1を算定した方のみ有効）

フリガナ		性別	生年月日			才
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（　　）

主訴	

症状

認知障害	□ HDS－R　　点　□ MMSE　　点　□ 検査困難・拒否 □ その他評価尺度（　　） □ 無し　□ 記憶障害　□ 遂行機能障害 □ 見当識障害　□ 失語　□ 失行　□ 失認 □ その他（　　）
生活障害（IADL）	□ 移動・外出が困難　□ 買い物が困難　□ 家事が困難 □ 電話をすることが困難　□ 金銭管理が困難　□ 服薬管理が困難 □ 保清が困難　□ 無し □ その他（　　）
行動・心理症状（BPSD）	□ もの忘れ(用件や約束)　□ 同じ事を何度も言う　□ しまい忘れ・紛失 □ やる気低下　□ 周囲に関心を示さない　□ 気持ちが沈みがち □ 怒りっぽい　□ 落ち着かない　□ 徘徊したことがある □ 会話が成り立たない　□ 夜中に起きて騒ぐ □ 失くした物を「盗られた」と訴える　□ 「何か見える」「誰かいる」などの発言あり □ 日中よく寝ている　□ 夜間不眠 □ その他（　　）

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 □ 要支Ⅰ　□ 要支Ⅱ　□ 要介Ⅰ　□ 要介Ⅱ　□ 要介Ⅲ　□ 要介Ⅳ　□ 要介Ⅴ
介護サービス	□ ホームヘルプ利用（　回/週）　□ デイサービス通所（　回/週）　□ デイサービス通所（　回/週） □ 施設入所　□ 入院中　□ その他（　　）

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（　　）

特記事項

医療機関名　　担当医

説明日　　本人または介護者の署名