

# 認知症療養計画書

説明日

フリガナ		性別	生年 月日		才
氏名					

病名	<input type="checkbox"/> 軽度認知症障害(MCI) <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
検査結果	<input type="checkbox"/> CT(委縮) ( ) <input type="checkbox"/> その他				
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援Ⅰ <input type="checkbox"/> 要支援Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅰ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 要介護Ⅲ <input checked="" type="checkbox"/> 要介護Ⅳ <input checked="" type="checkbox"/> 要介護Ⅴ				

**症状**

認知障害 (MMSE、HDS-R)	<input type="checkbox"/> HDS-R    点/30点 <input type="checkbox"/> MMSE    点/30点	
生活障害 (IADL、ADL)	<input type="checkbox"/> 日常生活は自立している <input type="checkbox"/> 他者による見守り、又は部分的介助を要す <input type="checkbox"/> 他者による全介助を要する	
行動・心理症状 (DBD等)	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 健忘 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
介護上特に問題となる症状		

**家族又は介護者による介護の状況**

<input type="checkbox"/> 今のところ家族で介護しようと思っている。 <input type="checkbox"/> 介護の継続を悩んでいる。 <input type="checkbox"/> 家庭での介護は無理だと思っている。 <input type="checkbox"/> その他
--

治療計画	短期計画	中期計画	長期計画
認知障害	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 3～6ヶ月で再診 <input type="checkbox"/> 薬物療法で評価	<input type="checkbox"/> 3～6ヶ月で再診 <input type="checkbox"/> 薬物療法での評価
生活障害	<input type="checkbox"/> 支援と経過観察	<input type="checkbox"/> 3～6ヶ月で再診	<input checked="" type="checkbox"/> 1年後の再診
行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 3～6ヶ月で再診 <input type="checkbox"/> 薬物療法で評価	<input type="checkbox"/> 1年後の再診 <input type="checkbox"/> 薬物療法での評価
総合	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 3～6ヶ月で再診	<input type="checkbox"/> 1年後の再診

**必要と考えられる医療連携や介護サービス**

<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 再検査 (H    年    月)	<input type="checkbox"/> 治療継続 通院先(    ) <input type="checkbox"/> 紹介元医院 <input type="checkbox"/> 行橋記念病院 <input type="checkbox"/> その他(    )	<input type="checkbox"/> 在宅サービス利用 <input type="checkbox"/> 生活習慣、生活リズムの改善、維持 <input type="checkbox"/> 日常生活の援助、見守り <input type="checkbox"/> 対人関係の改善、維持	<input type="checkbox"/> 施設入所を検討 <input type="checkbox"/> その他
--	---	---	---

**緊急時の対応方法・連絡先**

認知症治療に関する事項は、福岡県認知症医療センター行橋記念病院    TEL 0930-25-2184
---

**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
-----	-------------