

# 認知症療養評価書

いずみホームケアクリニック・認知症疾患医療センター

担当医 \_\_\_\_\_ 先生

患者氏名	性別	年齢	生年月日		
	男・女		T・S・H	年	月 日

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"/> 血管性認知症
	<input type="checkbox"/> 若年性認知症	<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"/> 神経原線維変化型認知症	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## 症状

認知機能検査	実施日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> MMSE ( / 30 ) <input type="checkbox"/> HDS-R ( / 30 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

認知障害	<input type="checkbox"/> なし	<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 <small>* 介助要にレ</small>	ADL	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 更衣	<input type="checkbox"/> 洗面
	IADL	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 買物	<input type="checkbox"/> 電話応対	<input type="checkbox"/> 服薬管理
		<input type="checkbox"/> 服薬管理	その他特記事項				

行動・心理症状	<input type="checkbox"/> なし	<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"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<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		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )						

## 家族又は介護者等による介護の状況

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"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 支1	<input type="checkbox"/> 支2	<input type="checkbox"/> 介1	<input type="checkbox"/> 介2	<input type="checkbox"/> 介3	<input type="checkbox"/> 介4	<input type="checkbox"/> 介5	<input type="checkbox"/> 不明
利用介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )									

## 治療経過・療養指導の状況

処方薬	<input type="checkbox"/> 前回同様 <input type="checkbox"/> 前回から変更	
	内容	
認知症薬の効果	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> その他 ( )	
向精神薬の効果	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> その他 ( )	
副作用の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )	

## 総合評価

評価回数	認知症状	特記事項	
初回・2・3・4・5・6	改善・安定 不安定・増悪		

医療機関名： \_\_\_\_\_

説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当医 \_\_\_\_\_

本人または  
介護者の署名