

# 認知症療養評価書

医療法人福翠会 高山病院  
福岡県認知症医療センター

医療機関名

先生 担当医名

フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
				年 月 日

病名	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害	<input type="checkbox"/> 混合型認知症	<input type="checkbox"/> パーキンソン病
	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症	<input type="checkbox"/> 若年性認知症	<input type="checkbox"/> 慢性硬膜下血腫
	<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"/> 正常圧水頭症
	<input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

### I.症状

認知機能検査	HDS-R: 点 / 30 点 年 月 日実施	MMSE: 点 / 30 点 年 月 日実施	<input type="checkbox"/> 未実施
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"/> 全般性注意障害 <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	ADLで困難な点: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 食事摂取 <input type="checkbox"/> 歩行・移乗 IADLで困難な点: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 食事の準備 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <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"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 易怒・興奮 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

### II.家族又は介護者による介護の状況

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"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
介護サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ 回 / 週 <input type="checkbox"/> デイサービス 回 / 週 <input type="checkbox"/> デイケア 回 / 週 <input type="checkbox"/> ショートステイ 日 / 月 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <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"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

### IV.特記事項

--	--	--	--

説明日 年 月 日

本人又は家族・介護者の署名: