

認知症療養評価書

説明日 令和 年 月 日

患者氏名		性別		年齢	歳	生年月日	年 月 日
病名	☐ 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 ☐ その他()						

○症状

生活障害	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M 特記すべき生活障害 ()
認知障害	短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり 日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない 自分の意志の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない その他みられる認知障害()
行動・心理症状	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 その他みられる症状()

○介護状況

介護状況	☐ 独居 ☐ 同居家族が介護 ☐ 施設職員が介護 その他介護状況()
介護保険	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 要支援() ☐ 要介護()
介護サービス	☐ なし ☐ 入所 ☐ 訪問 ☐ 通所 ☐ 不明 ☐ その他()

○抗認知症薬

処方の変更	☐ なし ☐ あり ()
効果	☐ なし ☐ あり ()
副作用	☐ なし ☐ あり ()

備考	
----	--

医療機関名 _____ 担当医 _____ 先生 _____

本人または介護者の署名 _____ 様 _____