

認知症療養評価書

(B005-7-2 認知症療養指導料用)

フリガナ		性別	生年月日		年齢	歳
患者氏名		☐ 男 ☐ 女				
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-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 ()					

I. 症状

認知障害	☐ MMSE (点) ☐ HDS-R (点) ☐ その他評価尺度 (点) ☐ 無し ☐ 記憶障害 ☐ 遂行機能障害 ☐ 見当識障害 ☐ 計算力障害 ☐ 失語 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ その他 ()		
生活障害 (IADL)	☐ 無し ☐ 保清が困難 ☐ 買い物が困難 ☐ 金銭管理が困難 ☐ 家事が困難 ☐ 電話をかけることが困難 ☐ 移動・外出が困難 ☐ 服薬管理が困難 ☐ その他 ()		
行動・心理症状 (BPSD等)	☐ 無し ☐ 妄想 ☐ 幻覚 ☐ 易怒・興奮 ☐ 拒否 ☐ 多幸・発揚状態 ☐ 夜間せん妄 ☐ 徘徊 ☐ 異食 ☐ 不潔行為 ☐ 抑うつ ☐ 不安・焦燥 ☐ 心氣的 ☐ 不眠 ☐ 無為・無関心 ☐ その他 ()		

II. 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	☐ 申請予定 ☐ 申請中 ☐ 非該当 ☐ 未申請 ☐ 要支援Ⅰ ☐ 要支援Ⅱ ☐ 要介護Ⅰ ☐ 要介護Ⅱ ☐ 要介護Ⅲ ☐ 要介護Ⅳ ☐ 要介護Ⅴ
介護サービス	☐ HH利用 (回/週) ☐ DS通所 (回/週) ☐ SS利用 (泊/月) ☐ 施設入所 ☐ 入院中 ☐ その他 ()

III. 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 ()

IV. 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：