

# 認知症療養評価書

〒904-2173  
医療法人タビック  
沖縄リハビリテーションセンター病院  
認知症疾患医療センター

医療機関の所在地

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

外来担当医 先生御机下

フリガナ		性別		TS	
患者氏名		男・女	生年月日	( ) 歳	
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"/> 脳血管性認知症 <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"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

## I. 症状

認知障害	<input type="checkbox"/> HDS-R ( 点/30 ) (実施日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> MMSE ( 点/30 ) (実施日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他評価尺度 ( ) <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"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
生活障害 (ADL・IADL)	ADL困難: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排尿 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> その他 ( ) IADL困難: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 食事準備 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 易怒・興奮 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 無為・無関心 <input type="checkbox"/> 心氣的 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <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"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
介護サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ利用 ( 回/週 ) <input type="checkbox"/> デイサービス通所 ( 回/週 ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週 ) <input type="checkbox"/> ショートステイ利用 ( 泊/月 ) <input type="checkbox"/> 施設入所 <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"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ( )				
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状: )				

## IV. 特記事項

--

説明日: 平成 年 月 日

認知症療養評価書の説明を受けました。

本人又は家族又は介護者の署名:

【医療機関の方へお願い】 沖縄リハビリテーションセンター病院 認知症疾患医療センターへご提出ください。 Ver.202306