作成日：平成 ２７ 年　　　月　　　日

認知症疾患医療センター



**認知症療養計画書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者様氏名： |  | 様 |  | 歳 | （ＩＤ：　　　　　　　　　　） |

**１．診断名と検査結果**

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 | □認知障害なし□レビー小体型認知症　□前頭側頭型認知症□アルコール性認知症□その他：□脳血管性認知症□頭部外傷による認知症　□正常圧水頭症□軽度認知機能障害（MCI）□アルツハイマー型認知症□脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 画像所見結果 | 頭部MRI　海馬萎縮　□無　□軽度　□中等度　□高度　□その他：SPECT： |
| 認知機能検査 | ☑ＭＭＳＥ：　　／３０、□ＡＤＡＳ-J.cog：　　／７０、□ＷＭＳ－Ｒ：□その他 |

**2．治療計画**

|  |
| --- |
| □本日の診断により以下の処方を致しました。□ドネペジル塩酸塩　　□リバスチグミン　　□ガランタミン　　□メマンチン□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □処方をしませんでした。（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| □定期検査のために　　　 　ヶ月後に受診して下さい。 |

**３．症状**

|  |  |
| --- | --- |
| 中核症状 | 短期記憶（□問題なし　　□問題あり）　　　□見当識障害　□遂行機能障害□理解力・判断力の低下　□感情表現の変化　□失行　　　　□失認　　　　□失語日常の意思決定のための認知能力　□自立　　　 □いくらか困難　□要見守り　 □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　□具体的要求に限る　□伝えられない |
| 行動・心理症状 | □NPIスコア：　　　　　／介護負担度： |
| □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　□抑うつ　　　　□無関心□不安・焦燥　□多幸　　　□衝動性　　□易刺激性　　　□常同行動その他の精神・神経症状　□無　□有（症状名：　　　　　　）、専門医受診（　　　　　　　　） |

**４．生活状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 移動 | 屋外歩行　□自立　　　　　□介助があればしている　□していない車いすの使用　□用いていない　□主に自分で操作　　　　□主に他人が操作歩行補助具・装具の使用　□用いていない　□屋外で使用　　　　　　□屋内で使用 |
| 栄養・食生活 | 食事行為　□自立ないし何とか自分で食べられる　　　□全面介助現在の栄養状態　□良好　　　　　□不良 |
| 現在状況・今後の可能性 | □尿失禁　　　□転倒・骨折　□移動能力の低下　　□褥瘡　　　□心肺機能の低下□閉じこもり　□意欲低下　　□徘徊□低栄養　　　□摂食・嚥下機能低下□脱水　　　　□易感染性　　□がん等による疼痛　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 日常生活の自立度 | 障害高齢者の寝たきり度　□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 □Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ｍ |

**５．介護状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 家族構成 | □独居　　□夫婦のみ　□子どもと同居　□その他（　　　　　） 主な介護者（　　　） |
| 介護保険 | □未申請　□申請予定　□申請中□非該当　□要支援（ １ ・ ２ ）　□要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ） |
| 介護サービス | □ホームヘルプ　□訪問看護　　　　　　　　□訪問入浴介護　　　□居宅療養管理指導□デイサービス　□通所リハビリテーション　□ショートステイ□施設入所（□特別養護老人ホーム　　　□介護老人保健施設　□グループホーム） |

**６．必要と考えられる医療連携や介護サービス**

□かかりつけ医　□地域包括支援センター

□ホームヘルプ　□訪問看護　　　　　　　　□訪問入浴介護　　　□居宅療養管理指導

□デイサービス　□通所リハビリテーション　□ショートステイ

□施設入所（□特別養護老人ホーム　　　□介護老人保健施設　□グループホーム）

**７．その他、必要な事項**



**８．お問い合わせと連絡先**

　　　　　認知症疾患医療センター　直通**TEL：0280-23-7121**

認知症疾患医療センター　相談担当：

私（患者様氏名）　　　　　　　　　　 　　　は、認知症療養計画書について

説明を受けました。

署名：

日付：平成　　　　年　　　　月　　　　日

**＜特記事項＞**

患者様以外の皆様へ

当センターでは、法令の定める場合を除き患者様の許可なくその情報を第三者に提供いたしておりません。しかし、当センターが患者様の暮らしを支援するために必要だと判断した場合には地域連携を行えるよう、下記の「診療情報提供に関する同意書」のご記入をお願いしております。ご理解のほど、よろしくお願いいたします。

**診療情報提供に関する同意書**

古河赤十字病院　認知症疾患医療センター長　殿

私（患者本人）は、古河赤十字病院　認知症疾患医療センターが必要に応じて私の家族や認知症関連機関に私の診療情報を提供することに同意します。

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　年　　　　月　　　　日

（代筆者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 患者様との続柄・関係：　　　　　 ）

住所：

電話：