認知症療養評価書



紹介先医療機関名

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　印 |

〒３０６－００１４　茨城県古河市下山町1150

古河赤十字病院

もの忘れ外来担当医　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性 別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　　　　年　　　　　月　　　　　日生 |

**○かかりつけ医によるアセスメント**

|  |  |
| --- | --- |
| 生活機能 | □変化なし□変化あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |
| 身体所見 | □変化なし□変化あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 行動・心理症状 | □変化なし□変化あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検査所見 | □MMSE：　　／３０（実施日：　　　年　　　月　　　日）□HDS-R：　　／３０（実施日：　　　年　　　月　　　日）□その他： |
| 治療経過 | □変化なし□変化あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護状況 | □独居　□同居家族が介護　□施設職員が介護　　□その他（　　　　　　　　　　）認定：□無　　　　　　　□要支援（　　　）　□要介護（　　　）サービス：□ホームヘルプ　　□デイサービス　　　□ショートステイ　　□施設入所□入院中　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症疾患医療センターへの要望 | □要望なし□要望あり |

本人・家族への説明日：平成　　　年　　　月　　　日

認知症療養評価書の説明を受けました。　　署名：

（署名が本人でない場合は、本人との関係：　　　　　　　　　　　）