

認知症療養評価書

紹介先医療機関名

〒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

医療機関
の所在地

名 称

電話番号

医師氏名

印

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

〇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	☐ M M S E： / 30（実施日： 年 月 日） ☐ H D S - 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：_____）