

# 認知症療養計画評価表

社会医療法人 杏嶺会  
 上林記念病院  
 〒491-0201  
 一宮市奥町字下口西89-1  
 TEL (0586)82-0110 FAX (0586)82-0113

担当医 \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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"/> 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"/> その他 ( )		

### 1. 症状

認知障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 軽度認知症 <input type="checkbox"/> 中等度認知症 <input type="checkbox"/> 高度認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )
認知機能検査	<input type="checkbox"/> MMSE /30 <input type="checkbox"/> HDS-R /30
生活障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 食事準備 <input type="checkbox"/> 服薬管理
行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 多幸 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 夜間行動 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )

### 2. 介護状況

介護負担度	認知障害に対して <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 生活障害に対して <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 BPSDに対して <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
-------	--

### 3. 治療経過

処方	<input type="checkbox"/> 前回処方を継続 <input type="checkbox"/> 前回処方を変更 ( )
抗認知症薬の効果	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> どちらともいえない
向精神薬の効果	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> どちらともいえない
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

### 4. 特記事項

説明日：            年   月   日

本人または介護者の署名

医療機関名  
 担当医