様式２

認知症療養計画書

説明日　令和　年　月　日

(フリガナ)	性 別	年 齢	生 年 月 日
(氏 名)	男 ・ 女	歳	年　月　日

診断名	☐ アルツハイマー型認知症　☐ 脳血管性認知症　☐ レビー小体型認知症 ☐ 前頭側頭型認知症　☐ パーキンソン症候群　☐ 混合型認知症 ☐ 正常圧水頭症　☐ アルコール性認知症 ☐ その他　(　)
認知症状	☐ MMSE　[　／ 30 点]　☐ HDS－R　[　／ 30 点]
検査結果	・ 身体所見 ： ☐ 異常なし　☐ 異常あり　(　) ・ 脳画像 ： ☐ 萎縮なし　☐ 萎縮あり　☐ 脳血管障害なし　☐ 脳血管障害あり
行動・心理症状	☐ 幻視・幻聴　☐ 妄想　☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言　☐ 暴力行為　☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊　☐ 火の不始末　☐ 不潔行為 ☐ 異食行為　☐ 性的問題行動　☐ 不安・焦燥 ☐ 易怒　☐ レム睡眠行動障害　☐ 抑うつ
生活障害	・ 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)　正常 ・ J ・ A ・ B ・ C ・ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準　正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M
介護上で特に問題になる症状	☐ 中核症状　[近時記憶障害・見当識障害・妄想・理解・判断力障害・実行機能障害・失認・失行・失語　] を認める。 ☐ その他神経症状　[　パーキソニズム・症状日内変動・血圧変動　] を認める。 ☐ IADL　電話使用、買物、食事の準備、家事(身の回りの片づけ、清掃）、洗濯、移動、服薬管理、財産取扱・管理　を認める。 ☐ その他　[　] を認める。

Ⅱ．家族または介護者による介護の状況

介護認定	☐ 申請予定　☐ 申請中　☐ 非該当　☐ 要支援　[1 ・ 2] ☐ 要介護　[1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5]

Ⅲ．治療計画

治療薬	
今後の方針	
(認知障害、生活障害、行動心理症状など)	

患者氏名：

担当医　：