医療法人恒昭会　藍野病院
認知症疾患医療センター　担当医　宛

認知症療養評価書（診療状況報告書）

認知症疾患医療センターより療養計画を実施している患者について、患者様同意の上、以下のとおり診療状況を報告します。

患者様の情報

患者氏名	性別	生年月日
	男・女	M・T・S・H　　年　　月　　日

病名	□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　□その他（　　）

1．症状について

□　変化を認めます　（　増悪　・　改善　）　□　変化を認めません

※変化が認められた症状についてチェックをお願いします。

中核症状	□短期記憶障害　□見当識障害　□実行機能障害 □理解力の低下　□判断力の低下　□感情表現の変化
生活障害 （IADL）	□なし　□保清が困難　□買い物が困難　□金銭管理が困難 □家事が困難　□電話をかけることが困難　□移動、外出が困難 □服薬管理が困難
BPSD	□なし　□家内外を徘徊して困る　□食事やトイレの異常行動 □幻覚や妄動がある　□攻撃的で暴言を吐く　□昼夜逆転して困る □興奮して大声でわめく　□やる気が無く何もしない　□　暴力を振るう □落ち込んで雰囲気が暗い　□いつもイライラしている
診療上特に問題となる症状及び追記事項	

※症状の増悪があった場合、診療情報提供書を持参して予約受診してください。

２．治療計画の実施状況について

□　治療計画どおり処方を継続しています □　処方変更あり　（変更内容；　　）

作成日：　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご本人又は介護者の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿