

診療情報提供書(認知症療養評価書)

年 月 日

セフィロト病院
認知症疾患医療センター

先生 宛



医療機関名	
住 所	
診 療 科	
T E L	
F A X	
医 師 名	印

貴院で診断を受けた患者の経過及び状況等につき、下記の通り報告いたします。

患者氏名		男・女	明治 大正 昭和	年	月	日	歳
病 名							

I. 症状

認知機能 検査	<input type="checkbox"/> HDS-R 年 月 日 (/30点) <input type="checkbox"/> その他評価尺度() 年 月 日
生活障害 (ADL・ IADL)	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <hr/> <input type="checkbox"/> 変化なし () <input type="checkbox"/> 変化あり ()
行動・ 心理症状	<input type="checkbox"/> 変化なし () <input type="checkbox"/> 変化あり ()

II. 家族又は介護者による介護状況

介護状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族が介護 <input type="checkbox"/> 施設職員が介護 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 変化なし () <input type="checkbox"/> 変化あり ()
------	---

III. 治療経過

現在の 処方内容	前回の処方を <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 →変更内容を記載 変更内容 ()
抗認知症薬 の効果	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状:)

IV. 特記事項

--