認知症療養計画書

ID 番号		患者氏名	
生年月日年_	月日(年	F齢歳)	
		患医療センター	説明医
説明年月日	年月	日	
かかりつけ医へ伝達	事項(注:認知症療	養指導料3を算足	定する場合には、今後の療養指導に必要
事項として記載のこ	노)		
●症状(認知機能障害	害/行動・心理症状)経過等,生活物	犬況等
●身体合併症·身体 [†]	幾能障害,血液検査	,神経画像検査,	診断等
●要介護認定の状況 未申請・申請中・非語		∑援2・要介護1・	・要介護2・要介護3・要介護4・要介護
●現在の医療, 介護等	等の社会支援サービ	ス,その他	
●今後の医療,必要の	とされる介護等の社	会支援サービス,	その他
本人・家族へ伝達事 ¹ ●診察結果(病状, 身	<u> </u>		
●今後の生活上の留意	意点, その他		
説明を受けた方(本)	しまたは家族・介護者	皆等)の署名	