

(別紙様式32)

認知症療養計画書

説明日 年 月 日

| | | | |
|------|----|----|------|
| 患者氏名 | 性別 | 年齢 | 生年月日 |
| | | | |

| | |
|------|--------------------------------------|
| 病名 | |
| 検査結果 | |
| 介護認定 | 申請予定・申請中 非該当・要支援(Ⅰ・Ⅱ)・要介護(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) |

Ⅰ. 症状

| | |
|-----------------------|--|
| 認知障害 (MMSE、HDS-R等) | |
| 生活障害 (IADL、ADL) | |
| 行動・心理症状 (DBD等) | |
| 介護上特に問題 となる症状 | |

Ⅱ. 家族又は介護者による介護の状況

| |
|--|
| |
|--|

Ⅲ. 治療計画

| | | | |
|---------|------|------|------|
| | 短期計画 | 中期計画 | 長期計画 |
| 認知障害 | | | |
| 生活障害 | | | |
| 行動・心理症状 | | | |
| 総合 | | | |

Ⅳ. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

| |
|--|
| |
|--|

Ⅴ. 緊急時の対応方法・連絡先

| |
|--|
| |
|--|

Ⅵ. 特記事項

| |
|--|
| |
|--|

担当医

本人又は家族又は介護者の署名