

(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<br>(MMSE、HDS-R等) |  |
| 生活障害<br>(IADL、ADL)    |  |
| 行動・心理症状<br>(DBD等)     |  |
| 介護上特に問題<br>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