

認知症療養計画書

ID 番号 _____ 患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳)

_____ 認知症疾患医療センター 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 を算定する場合には、今後の療養指導に必要な事項として記載のこと)

● 症状 (認知機能障害 / 行動・心理症状) 経過等, 生活状況等

● 身体合併症・身体機能障害, 血液検査, 神経画像検査, 診断等

● 要介護認定の状況 (※該当に○をつける)

未申請・申請中・非該当・要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5

● 現在の医療, 介護等の社会支援サービス, その他

● 今後の医療, 必要とされる介護等の社会支援サービス, その他

本人・家族へ伝達事項

● 診察結果 (病状, 身体合併症等)

● 今後の生活上の留意点, その他

説明を受けた方 (本人または家族・介護者等) の署名 _____ 続柄 (_____)