認知症療養計画書

<u>ID 番号</u>			<u>患者氏</u>	<u>名</u>		
生年月日	年	月日	(年齢	歳)		
		認知症	疾患医療セニ	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を算に	定する場合には、今後の療養指導に必要	要な
事項として記載	載のこと)					
●症状(認知校	幾能障害/行	動・心理症	状)経過等,	生活状	犬況等	
●身体合併症	▪身体機能障	害,血液検	査,神経画(象検査,	診断等	
●要介護認定 <i>0</i>	カ状況 (※	該当に○をつけ、	る)			
				介護1・	・要介護2・要介護3・要介護4・要介語	蒦5
	. 21 621 .	2,2,1,	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	, H2	27112 - 27112 - 27112	~ -
●現在の医療,	介護等の社	会支援サー	ビス、その化	也		
●今後の医療,	必要とされ	んろ介護等の	社会支援サ-	ービス,	その他	
	- \ ± = -=					
本人・家族へ伝	<u>.</u>	* (二 年)				
●診察結果(舮	M1人,才体宣1	开 处 守 /				
●今後の生活」	上の留意点, -	その他				
説明を受けたフ	方 (本人また	は家族・介詞	護者等)の署	名)