

認知症療養指導書

平成 年 月 日

紹介先医療機関：藤本クリニック

診療所型認知症疾患医療センター

医師名：藤本 直規 先生

紹介元医療機関：

住所：

医師名：

電話：

患者氏名（ふりがな）	性別 男 ・ 女	年齢	生年月日 T・S・H 年 月 日
生活の様子	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり []		
	障害高齢者日常生活自立度	J1 J2 A A2 B1 B2 C1 C2	
	認知症高齢者日常生活自立度	I・II a・II b・III a・III b・IV・M	
身体所見	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり []		
精神所見	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為		
	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり []		
検査所見	血液検査	<input type="checkbox"/> 有（データ添付） <input type="checkbox"/> 無	
	その他	長谷川式簡易スケール 点	
治療内容	<input type="checkbox"/> 現在の治療内容を継続 <input type="checkbox"/> 現在の治療を変更 → <input type="checkbox"/> 変更（ ） <input type="checkbox"/> 中止		
備考			