

# 認知症療養評価書

紹介先医療機関

医療法人社団静和会 石井病院

認知症疾患医療センター

日高郡新ひだか町静内高砂町3丁目3-1

外来担当医

紹介元医療機関

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師氏名：

患者氏名

生年月日

## かかりつけ医によるアセスメント

### 1.生活状況

変化なし

変化あり

### 2.症状

変化なし

変化あり

### 3.介護状況

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 子どもと同居	<input type="checkbox"/> その他
介護保険	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	
サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> ショートステイ
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> その他	

### 4.治療経過

処方継続

処方変更（ ）

その他

### 5.認知症疾患医療センターへの要望

要望なし

要望あり

本人・家族への説明日： 年 月 日

認知症療養評価書の説明を受けました。 署名

(署名が本人でない場合は、本人との関係性 )