

認知症療養指導書

令和 年 月 日

紹介先医療機関 : 医療法人社団三原クリニック
 医師名 : 院長 三原 貴照

紹介元医療機関名
 住 所
 医 師 名
 電話・FAX

㊞

(フリガナ)	性別	年齢	生年月日
(患者氏名)	男・女	歳	年 月 日
生活の様子	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり		
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	J ・ A ・ B ・ C	
	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ 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"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり		
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 易怒	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ
血液検査	<input type="checkbox"/> あり (データ添付) <input type="checkbox"/> なし		
生活障害	<input type="checkbox"/> 現在の治療を継続しています。		
	<input type="checkbox"/> 現在の治療を変更しました。 → <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止		

送り先 医療法人社団三原クリニック
 〒510-0891
 住所 四日市市日永西3丁目1-21
 電話 059-347-1611
 FAX 059-347-1698