

認知症療養評価書

ひだか病院

年

月

日

認知症疾患医療センター 担当医 宛

紹介元医療機関名

医師名

印

電話・FAX

療養計画を実施している患者様について、患者様合意の上、以下の通り診療状況を報告します

【患者様の情報】

患者氏名：

生年月日：

年

月

日

性別

診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症	<input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症
	<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> レバー小体型認知症	

1. 症状について

症状変化あり 症状変化なし

※変化のあった症状など、特記事項をご記載ください。

2. 治療計画の実施状況について

現在の治療を継続します。
 現在の治療を変更しました。
(変更内容)

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、本人との関係性)