平成　　年　　月　　日

認知症療養指導料を算定する患者の情報提供

氏名	男性 ・ 女性
生年月日	大正 ・ 昭和　　年　　月　　日　生　　才
確定診断名	□ アルツハイマー型認知症　□ 血管性認知症 □ レビー小体型認知症　□ 前頭側頭型認知症 □ 軽度認知障害（MCＩ）　□ 加齢に伴うもの忘れ □ その他（　　）
認知機能	□ MMSE　（　　/３０点） □ HDS-R　（　　/３０点） いずれかで結構です
生活機能	男性　IADL　（　　/５点）　女性　IADL　（　　/８点）
行動・心理症状	□ なし　□ DBD　（　　／112点） □ あり □ 幻視・幻聴　□ 妄想　□ 昼夜逆転　□ 暴言　□ 暴力行為 □ 介護への抵抗　□ 徘徊　□ 火の不始末　□ 不潔行為 □ 異食行為　□ 性的問題行動　□ その他（　　）
介護認定	□ 未申請 □ 申請中 □ 認定済　（　　）事業所　（　　）ケアマネジャー 要支援　□ １　□ ２　要介護　□ １　□ ２　□ ３　□ ４　□ ５
生活障害	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） □ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2 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
家族又は介護者による介護の状況	
治療薬	□ なし □ あり 薬剤名　（　　） 副作用　□ なし □ あり　症状　（　　）
特記事項	

診療所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印