

患者名	男・女	生年月日	年 月 日	歳	計画作成日	年 月 日	新規・回目
1. 症状の定期的な評価							
確定病名	<input type="checkbox"/> 軽度認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 混合型認知症 <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()						
認知障害	<input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> その他の評価尺度(点) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 計算力障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他()						
生活障害(IADL)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 保清 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 伝達 <input type="checkbox"/> 移動・外出 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> その他()						
行動・心理症状 (B PSD)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 易怒・興奮 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 多幸・発揚状態 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 心氣的 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 無為・無関心 <input type="checkbox"/> その他()						
2. 家族又は介護者等による介護の状況の定期的な評価							
要介護等認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
利用中の介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他()						
現在の生活環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 家族が介護 <input type="checkbox"/> その他()						
介護負担度評価 (Zarit抜粋) ※該当数字に○印を付ける	患者さんは、必要以上に世話を求めてくると思いますか 0 思わない 1 たまに 2 時々 3 よく 4 いつも 介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか 0 思わない 1 たまに 2 時々 3 よく 4 いつも 患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか 0 思わない 1 たまに 2 時々 3 よく 4 いつも 患者さんが将来どうなるのか不安になることがありますか 0 思わない 1 たまに 2 時々 3 よく 4 いつも 患者さんがあなたに頼っていると思いますか 0 思わない 1 たまに 2 時々 3 よく 4 いつも 介護のために、体調を崩したと思ったことがありますか 0 思わない 1 たまに 2 時々 3 よく 4 いつも						
3. 抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価							
直近の処方内容	<input type="checkbox"/> 前回処方を継続 <input type="checkbox"/> 前回処方から変更						
抗認知薬の効果	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
抗認知薬の副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明						
4. 指導内容の要点							