

認知症療養計画書

ID番号

患者氏名

生年月日

(年齢 歳)

大阪府済生会野江病院

説明医

説明年月日

かかりつけ医へ伝達事項

●診断名：

●症状（身体合併症・身体機能障害、認知機能障害/行動・心理症状）経過等、生活状況等

●血液検査、神経画像検査、診断等

血液検査：

頭部MRI：

脳血流検査：

脳波：脳機能低下 てんかん波形

●要介護認定の状況

未申請 申請予定 申請中 非該当 要支援1 要支援2

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

●現在の医療、介護等の社会支援サービス、その他

●今後の医療、必要とされる介護等の社会支援サービス、その他

薬物治療 デイサービス、介護サービスの導入 デイケア、リハビリテーションの導入

ショートステイ利用 精神科外来紹介 精神科入院紹介

本人・家族へ伝達事項

●診察結果（病状・身体合併症等）

●今後の生活上の留意点、その他

●今後のかかりつけ医院

説明を受けた方（本人または家族・介護者等）の署名

続柄（ ）