

認知症療養指導書

令和 年 月 日

北見赤十字病院 神経精神科外来 宛

紹介元医療機関名

住 所

医 師 名

電話・FAX

氏 名	T・S 年 月 日生	
認知障害	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり ( )	
生活障害	<input type="checkbox"/> 変化無し	
	<input type="checkbox"/> 変化あり  <input type="checkbox"/> 保清が困難 <input type="checkbox"/> 買い物が困難 <input type="checkbox"/> 金銭管理が困難 <input type="checkbox"/> 家事が困難 <input type="checkbox"/> 電話をするのが困難 <input type="checkbox"/> 移動外出が困難 <input type="checkbox"/> 服薬が困難 <input type="checkbox"/> その他( )	
生活障害 (IADL)	<input type="checkbox"/> 変化無し	
	<input type="checkbox"/> 変化あり  <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 易怒・興奮 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <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"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 多幸・発揚状態 <input type="checkbox"/> その他( )	
治療内容	<input type="checkbox"/> 現在の治療を継続 <input type="checkbox"/> 現在の治療を変更 → <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止 ( )	
備 考		

郵 送 先 : 〒090-8666 北見市北6条東2丁目1番地  
 北見赤十字病院 神経精神科外来  
 問い合わせ先 : 北見赤十字病院 認知症疾患医療センター ☎0157-24-3115