

もの忘れ相談シート  
受診結果報告書  
(専門医療機関→医療機関)

【 シート5 】

記入年月日 年 月 日

医療機関名 担当医名 御机下

患者名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
-----	------	----------------

基本的ADL /100, 手段的ADL /5(男性), /8 (女性)  
神経・心理検査 MMSE ( /30), GDS:うつ( /15), 意欲( /10)  
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:  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M  
周辺症状:  なし  あり ( )

臨床病期(FAST)アルツハイマー型認知症の場合

stage	臨床病期	臨床的特徴
1 <input type="checkbox"/>	正常	主観的・客観的に機能低下なし
2 <input type="checkbox"/>	年齢相応	物の置き忘れ, 言葉の出にくさがある
3 <input type="checkbox"/>	境界状態	熟練を要する仕事ができにくくなったことが周囲から指摘される, 知らない所に行く事が困難, 重要な約束を忘れる
4 <input type="checkbox"/>	軽度の認知症	複雑な仕事の遂行が困難となる(来客の食事の準備, 家計の管理, 買い物物の勘定等)
5 <input type="checkbox"/>	中等度の認知症	介助無しで適切な衣類を選ぶ事ができない, 入浴を嫌がる, 運転事故, 買い物は一人でできない
6 <input type="checkbox"/>	やや高度の認知症	a...一人で衣類を正しい順に着られない b...入浴介助が常時必要 c...トイレの水を流し忘れたり, 拭き忘れる d...尿失禁 e...便失禁
7 <input type="checkbox"/>	高度の認知症	a...発語は数語のみ b...単語の理解は1語 c...歩行能力の喪失 d...座位保持困難 e...笑う事がない f...混迷・昏睡

MRI (CT) 大脳の中程度以上の萎縮

1)前頭葉  なし  あり 2)側頭葉  なし  あり 3)後頭葉  なし  あり  
4)頭頂葉  なし  あり 5)海馬  なし  あり(VSRAD )  
 大きな梗塞または出血痕  多発性ラクナ梗塞(>5個)  高度の大脳白質病変  
その他の所見( )

SPECT ( )

診断名:  年齢相応の認知機能  軽度認知機能障害  うつ病  
 アルツハイマー型認知症 (  脳血管障害を伴う  伴わない)  
 脳血管性認知症(  多発梗塞型  限局性梗塞型  多発症梗塞型  ビンスワンガー型)  
 混合型認知症  レビー小体型認知症  前頭側頭型認知症  進行性非流暢性失語  
 意味性認知症  正常圧水頭症  
 その他 ( )  診断保留

治療方針

薬物療法:  認知症治療薬 (薬名: )  脳循環改善薬  漢方薬  
 抗うつ薬  抗精神病薬  抗血小板薬  その他 ( )  
非薬物療法:  介護保険申請  習い事・趣味の活動  散歩  介護予防教室  
 デイサービス・デイケア  訪問看護  訪問介護  その他 ( )  
診断の告知:  本人  家族  その他 ( )

次の来院:  3か月後  6か月後  1年後  大きな変化が見られたとき  その他

病院又は診療所の名称	
所在地	
電話番号	
医師氏名	印