

経過報告書

(医療機関→専門医療機関)

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
-----	--	------	----------------

今回受診の目的

- 大きな変化が生じた ()
 定期フォロー ()ヶ月後
 気付いた変化があれば記入してください

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てたり, 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

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

手段的ADL: (できるものに☑をつける, 男性は上段の5つ, 女性は8つ全て)

- 買い物 乗り物の利用 電話の使用 家計管理 服薬管理
 食事の準備 洗濯 掃除等の家事

周辺症状: なし あり ()

合併疾患: なし あり ()

介護: 介護保険 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)

- 習い事・趣味の活動 散歩 介護教室 デイサービス・デイケア
 訪問介護 訪問看護 その他 ()

投薬内容お薬手帳の内容をコピーしてください

病院又は診療所の名称	
所在地	
電話番号	
医師氏名	印