認知症療養計画書

ID番号　　　　　　　　　　　　　　　　患者氏名

生年月日　　 年　　　月　　　日（年齢　　　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　認知症疾患医療センター　　説明医

説明年月日　　　　　年　　　　月　　　　　日

かかりつけ医へ伝達事項（注：認知症療養指導料３を算定する場合には、今後の療養指導に必要な事項として記載のこと）

●症状（認知機能障害／行動・心理症状）経過等, 生活状況等

●身体合併症・身体機能障害，血液検査，神経画像検査，診断等

●要介護認定の状況　（※該当に○をつける）

未申請・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

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

説明を受けた方（本人または家族・介護者等）の署名　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　）