

認知症老人に関する意見書

氏名	年 月 日生
住所	
傷病名（合併症）	傷病発生時（推定） 年 月

区分	問題行動	有・無
攻撃的行動	他人に暴力を振るう。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	乱暴な言動をする。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自傷行為	自殺を企てる。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	自分を傷つけたり、着衣を破いたりする。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
火の扱い	火を常にもてあそぶ。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	火の不始末をする。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
徘徊	屋外をあてもなく歩きまわる。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	家中をあてもなく歩きまわる。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
不穏興奮	常に興奮状態にある。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	時々興奮し、騒ぎたてる。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
不潔行為	ふん尿をもてあそぶ。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	場所をわきまえず放尿、排便をする。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
失禁	常時失禁する。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	時々失禁する。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他		

日常生活能力の程度

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 認知症を認め、独立して日常生活を営むことが著しく困難である。 | (重 度) |
| <input type="checkbox"/> | 認知症を認め、常時監視が必要である。 | (中 度) |
| <input type="checkbox"/> | 認知症を認めるが、おおむね独立して日常生活を営むことができる。 | (軽 度) |

総 合 判 定

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 常 時 介 護 | <input type="checkbox"/> 要する。 |
| | <input type="checkbox"/> 要さない。 |

以上のように判定する。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

科

医師氏名

㊞