

認知症地域連携パス

フリガナ		性別		生年月日	歳
患者氏名	ID			住所	
主介護者	続柄		ケアマネージャー、事業所		
かかりつけ医院	主治医氏名			入所施設	
訪問看護ステーション	デイサービス事業所			地域包括	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 初回（認知症精査、鑑別診断） <input type="checkbox"/> 再診（症状増悪、再精査）			地域連携担当	
紹介日	再紹介日				

病歴	発症日					野江病院担当医				
神経学的所見										
認知機能検査	検査日					検査日				
	①HDS-R					④ADAS-cog				
	②MMSE					⑤MOCA-J				
	③FAB					⑥NPI				
日常生活障害										
精神心理症状										
頭部MRI						MRA				
VSRAD	萎縮度	萎縮比			血液検査					
脳血流シンチグラフィ										
脳波	脳機能低下		てんかん波形							
家族または介護者による介護の状況										

診断	認知症治療薬	
他追加薬剤		
治療計画	<input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> デイサービス、介護サービスの導入 <input type="checkbox"/> デイケア、リハビリテーションの導入 <input type="checkbox"/> ショートステイ利用 <input type="checkbox"/> 精神科外来紹介 <input type="checkbox"/> 精神科入院紹介	その他

説明日 年 月 日 本人または家族または介護者の署名