

**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

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

気づ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	正常	主観的・客観的に機能低下なし
2	年齢相応	物の置き忘れ、言葉の出にくさがある
3	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、知らないところに行くことが困難、重要な約束を忘れる
4	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、買い物の勘定など)
5	中等度の認知症	介助なしで適切な衣服を選ぶことができない、入浴を嫌がる、運転事故、買い物が1人でできない
6	やや高度の認知症	a…1人で衣服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	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…笑うことがない 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、男性は最初の5つ、女性は8つすべて)】

・買物 ・乗物の利用 ・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  要介護 1 2 3 4 5 ) 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添えてください。

病院又は診療所の名称

所在地

電話番号

医師氏名

印