

平成 年 月 日

認知症療養指導報告書

四国中央病院

心療内科：_____

FAX：0896-56-6081

(認知症疾患医療センター)

医療機関：_____

医 師：_____先生

TEL： - -

FAX： - -

本日、認知症地域支援として _____ 様に対し、以下の診察を行った。

(チェックしてください)

「認知症療養計画書」に基づき、 _____ ヶ月目のフォロー

病状変化(周辺症状など)による患者、家族の希望による診察

調子良い

病状の変化なし

病状の変化あり

記憶障害が目立ってきた

経過観察する

周辺症状に問題がある

日常生活に支障をきたしている

専門医に紹介する

[処方] ※変更時のみ

[コメント]