

デイサービスDASCモデル事業（医師記入用）

調査票②

【利用者名】

【介護保険被保険者番号】

ここはデイサービス事業所が
受診前に記載しておいてくだ
さい

お手数ですが、以下に記入のうえ、ご本人様に渡してください。

【受診診療所名】

【受診日】

平成 年 月 日

1-(1) 受診した結果は、どのようなものでしょうか。

(該当する箇所に○をつけてください)

1.正常または健常

2.軽度認知障害(MCI)

3.認知症

→ 問2へ

→ 問2へ

→ 問1-(2)へ

1-(2) 認知症の場合(1-(1)で「3. 認知症」を選んだ場合)、 可能であれば、記入願います。

(該当する箇所に○をつけてください。鑑別不能の場合は、記入不要です。)

1.アルツハイマー型認知症

4.レビー小体型認知症

7.アルコール関連障害による認知症

2.脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症

5.前頭側頭葉変性症

8.その他の認知症

3.血管性認知症

6.正常圧水頭症

9.不明

2 認知症高齢者の日常生活自立度

(該当する介護保険でいう日常生活自立度のレベルに○をつけてください)

I IIa IIb IIIa IIIb IV M

3 診断内容に応じて指示したこと (該当する口に✓をしてください)

- 精密検査を受けるよう、別の病院を紹介した (病院名: _____)
- 本人または家族に、定期的に当院に相談するよう伝えた。
- 認知症の予備軍であったので、生活習慣を見直すよう勧めた
- その他 下記に記載してください。

4 その他(デイサービス等に伝えたいことがあれば記載ください。)