

検討ご希望される場合は、下記のシートをご記入の上、

FAX 番号 **0278-24-5359** (認知症疾患医療センター内田病院)までお願いいたします。

### 検討ご希望の BPSD 事例の情報記入シート

BPSD(該当する BPSD に○をつけてください※複数回答可)	
暴言・暴力、介助動作協力拒否、服薬拒否、食事拒否、入浴拒否、徘徊、もの盗られ妄想、浮気妄想、その他妄想、抑うつ、不安、無気力(アパシー)、性的異常行動、幻視、幻聴、その他幻覚、帰宅願望、弄便、トイレの失敗、食事拒否、異食、その他 BPSD ( )	
●年齢・性別(それぞれ該当するものに○をつけてください)	
年齢	60代前半・60代後半・70代前半・70代後半・80代前半・80代後半・90代・その他( 代 )
性別	男性・女性
●認知症のタイプ(該当するものに○をつけてください)・認知症の発症年数( 年)	
不明・アルツハイマー型・レビー小体型・血管性認知症・前頭側頭型認知症・その他( )	
●心理検査等の情報(HDS-R、MMSE、NPI など)※「あり」の場合、実施日もご記入ください	
なし・あり( )	
●他の既往・現病歴	
●服用されているお薬	
●現在に至るまでの簡単な経緯	
●発症前の生活歴(職業・性格・趣味・その他特徴)	
●その他、特記事項(Ex, 特に夜に BPSD が激しい、便秘がちである、など)	

※検討事例数に限りがございますので、ご希望に添えない場合もありますことをご承知おきください。

ただし、グループワークで取り扱わない場合でも、本研修内で何らかの形で見解を示し、フィードバックをさせていただきます。

送付先：FAX0278-24-5359

群馬県認知症疾患医療センター内田病院 行き

認知症の方を介護するご家族・介護従事者向け

『第18回 認知症ケア研修会』

2022年8月10日（水）18：30～20：30（大誠会 内田病院 5F デイルーム）

参加申込書

所属機関名	
連絡先	

参加者名	職種	備考

※お申し込みは8月3日（木）までをお願い致します。

【問い合わせ先】

群馬県認知症疾患医療センター内田病院  
(地域医療連携室)

☎0278-24-5359 担当 尾中