

ID \_\_\_\_\_

## もの忘れ外来問診表

紹 初・再

療養計画書 有・無

\* 問診表はご家族または付きそいの方が記載してください。

氏名	年齢	歳	受診日	年	月	日
記入者様の氏名	続柄( )	(連絡先)携帯 / 自宅	-	-	-	-
不明な場合は当日測定して記入してください→			身長	cm	体重	kg
			血压	mmHg		

① 受診のきっかけはどのようなことですか。

- もの忘れ       日にちや時間の感覚、場所がわからなくなることがある       やる気や活気がない  
 会話が成り立たない       金銭管理に不安がある       薬の飲み忘れが増えた       気になる症状はない  
 免許更新の認知機能検査結果で受診を勧められた       かかりつけ医に勧められた  
 その他( )

② それはいつ頃からですか。

( ) 前頃より

③ 気になる生活上のエピソードがあれば具体的にお書きください。

④ 下記の症状の変化はありますか？

- 食事**  問題なし       食欲低下・体重減少       食欲増進・体重増加       嗜好の変化  
**睡眠**  問題なし       睡眠障害(寝つきが悪い・夜中目覚める・昼夜逆転等・眠剤内服中)       寝言・悪夢  
**排泄**  問題なし       排泄障害(失禁・排尿困難・頻尿等)       排便障害(失便・便秘・下痢等)  
**薬**  自己管理可能       準備すれば自分で飲める       飲み忘れが多い       不明       定期薬なし

⑤ 下記にあてはまる既往歴があれば○で囲み、発症年齢をお書きください。

また、下記以外に既往歴やアレルギーがあれば発症年齢と病名を「その他」にお書きください。

高血圧: 歳      糖尿病: 歳      高脂血症: 歳      脳卒中: 歳      うつ病: 歳  
 甲状腺機能低下症: 歳      精神疾患: 歳      その他: \_\_\_\_\_

⑥ 現在飲んでいるお薬があれば記載してください。→お薬手帳がある場合は提出してください。(記載不要)

⑦ 血縁関係で、下記の病気をされた方がいれば○をつけてください。

・ 認知症 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脳血管疾患 ・ 肝臓病 ・ うつ病

生活背景について

⑧ 最終学歴  小学  中学  高校  短大・専門学校  大学  不明⑨ 嗜好品 飲酒  ほぼ飲まない  飲酒する 1回の飲酒量( ml)を頻度( 回/週)喫煙  喫煙したことがない 喫煙していたが( )年前にやめた。 現在も喫煙している。(1日 本× 年)

【2枚目のご記入もお願いします】

⑩ 家族構成(ご本人の同居・別居家族も含めた家族構成をお書きください。)

ご家族氏名	続柄	同居・別居	会う頻度	お住まい:市町村	主介護者
例) 武蔵花子	長女	同居・別居	2~3回/月	国分寺市	○
		同居・別居			
		同居・別居			
		同居・別居			
		同居・別居			
		同居・別居			

⑪ 日常生活の状況 (各行動の近い項目に一つ○をつけてください)

	自立	一部介助	多くの介助	全介助
食事	助けなしで食べられる	自分で食べられるが食べこぼしが多い、散らかる	多くの介助が必要	1人で食事は出来ない
更衣	助けなしで着替えられる	たまにボタンの掛け違いなどがある	着る順序の間違いよく着忘れる	1人で着替えは出来ない
入浴	助けなしで可能	促しが必要	見守りが必要入浴を拒否する	1人で入浴は出来ない
移動	外出先でも歩行は安定	自宅内はなんとか歩ける	見守りや補助具(杖・歩行器)があれば歩ける。	1人では歩けない車椅子は他人が操作
排尿	失敗なく排尿出来る	失敗するが自分で処理出来る	失敗が多く手伝いが必要	ほぼ失禁で交換も1人では出来ない
排便	失敗なく排便出来る	失敗するが自分で処理出来る	失敗が多く手伝いが必要	ほぼ失禁で交換も1人では出来ない

⑫ 介護状況

現在介護保険の申請はしていますか？

いいえ (申請予定 : あり ・ なし )       介護保険のことをよく知らない

はい (申請中 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5)

はいの方へお伺いします。現在、サービスは利用されていますか？

利用していない ( 利用する予定になっている ・ 現段階では利用する予定はない )

利用している: ケアマネージャー(名前: \_\_\_\_\_ 事業所: \_\_\_\_\_)

デイサービス ... \_\_\_\_\_ 回/週       ヘルパー ... \_\_\_\_\_ 回/週

ショートステイ ... \_\_\_\_\_ 回/週・月       訪問看護・リハビリ ... \_\_\_\_\_ 回/週

訪問診療 ... \_\_\_\_\_ 回/週       福祉用具( \_\_\_\_\_ )

施設入所中 ( \_\_\_\_\_ )       配食サービス ( \_\_\_\_\_ )

その他 \_\_\_\_\_

⑬ 診察へのご希望があればご記入ください。

例: 介護保険の区分変更を考えている。認知症の薬があれば内服したい。など

武蔵村山病院 認知症疾患医療センター

マイナ保険証による診療情報取得に同意される方は2番窓口にてお手続きをお願いいたします。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

# 認知症 困りごと質問票

記入日： 年 月 日  
 ID \_\_\_\_\_  
 氏名： \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
 記載者： \_\_\_\_\_ (関係： \_\_\_\_\_)

過去1週間について、下記の全質問27項目について教えてください。  
 症状がなければ0に○(\*1)をつけてください。症状が認められれば重症度と負担度に点数を付けてください。

重症度(*2) 1:見守りの範囲 2:対応したケアが可能で毎日ではない 3:対応したケアが可能だが毎日ある 4:対応に困難を伴うが毎日ではない 5:対応に困難が伴いつつ毎日継続する 負担度(*3) 0:なし 1:わずかな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担 4:大きな負担 5:極度の負担		症状がない(*1)	
		認められない	認められる
		重症度(*2) 1~5	負担度(*3) 0~5
1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	0	
2	盗られたという、嫉妬する、別人という(選択して○:盗害、嫉妬、誤認、他)	0	
3	他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する	0	
4	他者に乱暴な行ないをする	0	
5	うろろする、不安そうに動き回る	0	
6	家/施設から出たがる	0	
7	他者への性的に不適切な行為	0	
8	こだわって同じ行為を何度も繰り返す	0	
9	我慢ができない、衝動的に行動する	0	
10	怒りっぽい	0	
11	忘れて同じ事を何度も尋ねる	0	
12	ものをためこむ	0	
13	大声・鳴声が続く、さけぶ	0	
過活動スコア(1~13)計			
14	悲観的で気分が落ち込んでいる	0	
15	やる気がない、自分からは動かない	0	
16	声かけに反応がない、興味を示さない	0	
17	心配ばかりする	0	
18	日中ウトウトする	0	
19	部屋・家から出たがらない	0	
低活動スコア(14~19)計			
20	夜間寝ないで活動する	0	
21	異食や過食、拒絶	0	
22	介護されることを拒否する(選択して○:更衣、整容、入浴、食事、他)	0	
23	尿や便で汚す、何日も入浴しない(選択して○:風呂、異所排尿、弄便、他)	0	
24	タバコ・ガスコンロ等の火元不適切管理	0	
25	隠す、別な場所に置く、探し回る	0	
生活関連スコア(20~25)計			
BPSD25Q(1~25)計			
26	幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出現	0	
27	ボーッととして覚醒レベル低下が出現	0	
BPSD+Q(1~27)合計			