

# 【問診票①】

認知症疾患医療センター 様式4-1

(家族、介護者の方が記入して受診時に持参してください)

記入日 年 月 日  
記入者 (続柄)

ID

患者氏名	フリガナ	生年月日	年	月	日生 ( 歳)
	氏名	性別	男・女		
御家族	フリガナ	電話番号			
	氏名	居住状況	同居・別居・その他( )		

## 1. からだのことを記入して下さい。

1) 利き手はどちらですか 右手( ) 左手( )

2) これまでに以下の病気にかかれたことはありますか(当てはまる項目に○)

( )	高血圧症…	歳頃	治療中( )	病院・医院)・治療していない
( )	糖尿病…	歳頃	治療中( )	病院・医院)・治療していない
( )	高脂血症…	歳頃	治療中( )	病院・医院)・治療していない
( )	脳梗塞…	歳頃	治療中( )	病院・医院)・治療していない

3) 2以外の大きな病気やケガ・手術についてご記入下さい。(現在治療中のものも記載して下さい)

いつ	病名	病院・医院名

## 2. お薬(現在服薬中の薬名を記入、あわせてそれらがわかるものをご持参ください)

--

## 3. 日常生活について記入して下さい。(あてはまるところに○をつけて下さい)

食事	一人で可 ・ 介助必要	家事	する ・ しない ・ 元々しない
着替え	一人で可 ・ 介助必要	買い物	する ・ しない ・ 元々しない
歩行	一人で可 ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ 杖	金銭管理	できる ・ できない ・ 一部支援
排泄	一人で可 ・ 介助必要	公共交通機関利用	一人で利用 ・ 利用しない ・ できない
入浴	一人で可(状況: 毎日・時々)・介助必要	運転免許	有 ・ 無
服薬管理	一人で可 ・ 介助必要	車の運転	する(頻度 ) ・ しない

## 4. 介護保険について教えて下さい。

要介護度	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援( 1 ・ 2 ) ・ 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
担当 ケアマネジャー	事業所 氏名	担当 地域包括支援センター		
利用サービス	①訪問介護    ②デイサービス    ③デイケア(通所リハ)    ④ショートステイ    ⑤訪問入浴 ⑥訪問看護    ⑦訪問リハビリテーション    ⑧その他( ) 利用施設:			

## 5. その他

最終学歴	中学・高校・大学・その他( )	家 族 図	※相談員が記入します
職歴	歳～ 歳		
	歳～ 歳		
	歳～ 歳		
	歳～ 歳		
性格			
趣味・特技			
アレルギー (薬・食物・その他)	なし あり( )		
アルコール	飲まない・飲んでいた(飲酒歴: 年)・機会飲酒・毎日(一日当たりの量 )		
たばこ	吸わない・吸っていた(喫煙歴: )・吸う(一日当たりの本数 本)		

【 問 診 票 ② 】 患者氏名( )

※患者様が「困っている」と訴えることは何ですか？

※ご家族様が本人様の日常生活、社会生活でお困りになっていることはありますか

※以下は受診者(本人)についての質問です。これはいつ頃からあるのかを知るための質問です。以下の質問に「ある」、「ない」でお答えください。「ある」場合には、だいたいいつ頃からか、記載してください。

- |                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| 1 物忘れ、物の置き忘れはありますか？             | ある ( ) 頃から) ない |
| 2 物の名前など、言葉が出てこない事が多くなりましたか？    | ある ( ) 頃から) ない |
| 3 同じものを何回も買ってきますか？              | ある ( ) 頃から) ない |
| 4 財布等盗まれた、と言う事がありますか？           | ある ( ) 頃から) ない |
| 5 薬の飲み忘れはありますか？                 | ある ( ) 頃から) ない |
| 6 料理の手順や味付けがわからなくなったりしましたか？     | ある ( ) 頃から) ない |
| 7 趣味をやめてしまったり、外出しなくなりましたか？      | ある ( ) 頃から) ない |
| 8 何もせずぼーっとしていることはありますか？         | ある ( ) 頃から) ない |
| 9 同じ話を何度も繰り返しますか？               | ある ( ) 頃から) ない |
| 10 話のつじつまを合わせようとしますか？           | ある ( ) 頃から) ない |
| 11 会話の内容がかみ合わないことがありますか？        | ある ( ) 頃から) ない |
| 12 話の話題が突然変わってしまうことはありますか？      | ある ( ) 頃から) ない |
| 13 話の途中で立ち去ってしまうことはありますか？       | ある ( ) 頃から) ない |
| 14 整理整頓をしなくなりましたか？              | ある ( ) 頃から) ない |
| 15 手足が震えたり、歩行が小股になることはありますか？    | ある ( ) 頃から) ない |
| 16 転倒しやすくなりましたか？                | ある ( ) 頃から) ない |
| 17 動作が遅くなりましたか？                 | ある ( ) 頃から) ない |
| 18 においに鈍感になりましたか？               | ある ( ) 頃から) ない |
| 19 徘徊したり、迷子になったり、家に帰れない事がありますか？ | ある ( ) 頃から) ない |
| 20 けいれんや発作がありますか？               | ある ( ) 頃から) ない |
| 21 夜、寝言が多かったり、叫ぶことがありますか？       | ある ( ) 頃から) ない |
| 22 夜、眠らないで昼間寝ていることが多いですか？       | ある ( ) 頃から) ない |
| 23 睡眠時間に満足感はありますか？              | ある ない ( ) 頃から) |
| 24 睡眠時間を教えてください。                | ( : ~ : )      |

25 その他、気になることがありますか？ご自由に記載してください。

# 【問診票 ③】

認知症疾患医療センター 様式4-3

患者氏名 \_\_\_\_\_

記載日: 年 月 日

過去1ヶ月以内の、患者様の症状についてお聞かせください。1~12の症状について「症状の程度」「介護者の負担」それぞれ当てはまるところに☑してください。

各質問をよく読んでお答え下さい。疑問がありましたら受診時にお尋ねください

		症状	症状の程度			介護者の負担		
			なし	時々見られる	ある	なし	時々負担	負担
1	妄想	事実でないとわかっていることを信じ込んでいる。						
2	幻覚	実際にはないものが聞こえたり見えたりする。						
3	興奮	介助を拒んだり、扱いにくくなる時がある。						
4	うつ	悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、そのように言ったりする。						
5	不安	落ち着かない、息苦しさやため息、リラックスできない。過度に緊張している等の神経質さを示す。						
6	多幸	過度に機嫌が良かったり、幸せそうであることがある。						
7	無関心	自身の日常生活や、他人の活動や計画に関心がなくなっているように見受けられる。						
8	脱抑制	見ず知らずの人に知人であるかのように話しかけたり、他人の感情を傷つけることを言ったりする。						
9	易怒性	気難しく、怒りっぽい。計画が遅れたり待たされたりすることが、我慢できなくなったりする。						
10	異常行動	家の周辺を歩いたり、ボタンやひもを弄んだりなど、同じ行動を繰り返すことがある。						
11	夜間行動	夜中にあなたを起こしたり、朝非常に早く起きたり、過度に昼寝をする。						
12	食行動	体重が減ったり増えたり、食べ物の好みが変わった。						