

【問診票①】

アルツハイマー外来 様式1-1

(家族、介護者の方が記入してください)

記入日 年 月 日
記入者 (続柄)

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

1. からだのことを記入してください。

1) 利き手はどちらですか	右手()	左手()
2) かかりつけ医で治療中の病気がありますか	・ない・ある ⇒ ・糖尿病 ・高脂血症 ・高尿酸血症(痛風) ・胃腸病 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・その他() ・病院 ・医院名: _____ ・現在内服している薬はありますか ⇒ ない・ある(薬手帳 有・無 ⇒ 薬の名前)	
3) 過去に病気や事故で入院したことがありますか	・ない ・ある ⇒ 歳 病気名 入院 ⇒ ない・ある(病気名) 歳 病気名 入院 ⇒ ない・ある(病気名)	
4) 今までに何か手術したことがありますか	・ない ・ある ⇒ 歳 手術名 歳 手術名	

2. 介護保険について教えてください。

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	

3. その他

最終学歴	中学・高校・大学・その他()	家族 図 例 本人 妻 長男 同居
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)	

ご家族様の連絡先を教えてください	
連絡先	電話番号

病院記入欄

身長	体重	体温	血圧	脈
cm	kg	°C	/	

【 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あるのかを記載してください。

- | | |
|---------------------------------|---|
| 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 何もせずに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 睡眠時間に満足感がありますか？ | 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。
(頭痛・めまい・ふらつき等)

● 日常生活について記入してください。(あてはまるところに○をつけてください)

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

【問診票 ③】

アルツハイマー外来 様式1-3

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。						