

もの忘れ外来問診票

記入日:		記入者名:					
受診者	氏名:			生年月日:		年齢:	
	住所:			電話:		性別:	
同行者	氏名:	本人との関係:				電話:	

1. 受診目的(当てはまる項目にチェックする。)

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 鑑別診断 | <input type="checkbox"/> 専門医の診断 | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |
| <input type="checkbox"/> 入院希望 | <input type="checkbox"/> 要介護認定の意見書 | <input type="checkbox"/> BPSD(周辺症状) コントロール |
| <input type="checkbox"/> 認知症の治療 [<input type="checkbox"/> 投薬 | <input type="checkbox"/> 薬剤調整 | <input type="checkbox"/> 病気の説明 <input type="checkbox"/> 予後の説明 <input type="checkbox"/> 生活上の助言] |
| <input type="checkbox"/> 成年後見制度の活用(診断書・鑑定書など) | <input type="checkbox"/> その他 () | |

2. 認知症の経過について、症状の出現の仕方(家族や周囲の人が認知症に気づいてからの経過、対応等)

・今回の症状はいつ頃から? [今から約 年 月 週間] 前

どのように(具体的に) ()

・今、困っていること(本人・家族・関係者)(当てはまる項目にチェックする。)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲低下(疾患: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | <input type="checkbox"/> もの忘れ(自覚 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | <input type="checkbox"/> 物事の段取りがうまくできない
(調理・旅行計画等) |
| <input type="checkbox"/> 脱水傾向 <input type="checkbox"/> 尿失禁 | <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> せん妄 | <input type="checkbox"/> 金銭管理が困難 |
| <input type="checkbox"/> 体重の変化(<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減) | <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 | <input type="checkbox"/> 主治医に相談しづらい |
| <input type="checkbox"/> 手足に力が入らない | <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚等 <input type="checkbox"/> 主治医に相談しづらい | <input type="checkbox"/> 服薬管理が困難 |
| <input type="checkbox"/> 手足のふるえ | <input type="checkbox"/> こだわりのある行動 | <input type="checkbox"/> 介護拒否(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) |
| <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 異常な食欲(<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 異食) | <input type="checkbox"/> 性格の変化 |
| <input type="checkbox"/> 転倒していないのに急に歩けなくなった | <input type="checkbox"/> 外出して戻れない(徘徊) | |
| <input type="checkbox"/> 介護者の認知症の理解 | <input type="checkbox"/> 本人の暴力(対象 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 不特定) | |
| <input type="checkbox"/> 家族関係が悪く、介護力が不足 | <input type="checkbox"/> 症状の急激な進行 | |

その他具体的に

3. これまでにかかったことのある病気(認知症以外)

・主治医 有 無 医療機関名: 医師名: 不明

・主な疾患 有 無 内容: 不明

・服薬 有 無 内容: 不明

・既往歴 脳血管疾患() 頭部外傷()

心疾患() 生活習慣病()

精神疾患() その他() 不明

・アレルギー 有 無

薬剤名・症状()

食物名・症状()

その他・症状()

4.生活状況、本人の状態について(当てはまる項目にチェックする)

・介護者の有無【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 】 ・キーパーソン【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 】 氏名(<input type="text"/>) 続柄(<input type="text"/>) 連絡先(<input type="text"/>) ・介護者の状況について特記すべき点があれば記載してください。 <input type="checkbox"/> 理解力 <input type="checkbox"/> 判断力	・家族構成
---	-------------------

・経済状況 (月額 円)
 【 不明 国民年金 遺族年金 厚生年金 無年金 生活保護 その他 】
 ・経済状況の課題 あり 具体的に(なし)

・健康保険の種類
 【 不明 後期高齢 国保 協会けんぽ 組合保険 共済 その他 】

・日常生活状況

食事	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
移動	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
排泄	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
掃除・洗濯	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
調理	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
買物	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
金銭・財産管理	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 一人で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>

・趣味など本人が好んでいること・好んできたこと(嗜好品を含む)職歴など
 趣味【 】 職歴【 】
 飲酒【 有 1日 合 無 】 タバコ【 有 1日 本 無 】

・関わっている期間・関係期間のかかわりの経過(サービスを利用するまでの経過)

・要介護度 未申請 申請中 非該当
 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

・現在利用中のサービス

・公的サービス 訪問介護 通所介護 通所リハビリ 福祉用具貸 短期入所生活介護
 短期入所療養介護 住宅改修 住宅改修 その他()

・非公的サービス 民生委員 隣人 友人 その他()

・担当事業所(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)

・地域包括支援センター(TEL) 担当者

・居宅介護支援事業所(TEL) 担当者