

## 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<br>(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"/> 服薬管理が困難  |
| <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"/> 介護拒否( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)     |
| <input type="checkbox"/> 手足のふるえ  | <input type="checkbox"/> こだわりのある行動   | <input type="checkbox"/> 転倒していないのに急に歩けなくなった   |
| <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"/> 本人の暴力(対象 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 不特定) |
| <input type="checkbox"/> 介護者の認知症の理解  | <input type="checkbox"/> 外出して戻れない(徘徊)  | <input type="checkbox"/> 症状の急激な進行   |
| <input type="checkbox"/> 家族関係が悪く、介護力が不足  | <input type="checkbox"/> 性格の変化   |   |

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