

* 受診される方のことを良く知るために必要です。良く考えて記入してください。

* 様子のわかるご家族様をご記入ください。

受診者氏名	様	性別	年 月 日生	歳
今住んでいる所	電話番号			
出身地				
記入者氏名	続柄		本人と同居ですか はい・いいえ	
家族住所			家族電話番号 家族携帯番号	
同居家族				
別居家族 介護を担える人				
教育歴	小学校卒・中学校卒・高校卒・大学卒・その他			
職歴	例 ○○工場→飲食店→ドライバー			
現在仕事をしているか	はい・いいえ		いいえの場合 仕事を辞めた年齢 歳	
車の運転状況	する・しない・運転の事で困っている			
視力低下	あり・なし		聴力低下	あり・なし
飲酒	種類 量	_____ /日	趣味	* 選択肢 散歩 家庭菜園 カラオケ 料理 旅行 スポーツ() スポーツ観戦 音楽鑑賞 映画鑑賞 なし その他()
たばこ	_____本/日		好きな食べ物	
性格	大人しい 真面目 優しい 心配性・神経質・頑固 社会的 内向的 明るい その他()			
本人の普段の過ごし方	テレビ・読書、新聞・仕事・炊事・掃除・洗濯・散歩・趣味・庭のこと・買い物・畑仕事・サークル活動・友人と会話・寝ている・リハビリ・デイサービス・家族の介護			
歩行状況	複数回答 * 普通に歩ける * 歩けるが遅い * 杖が必要 * 転びやすい * 外出時は車椅子 * 伝え歩き * 立てない * ベッドで過ごす			

これまでの病気に 関する事項	今までどのような病気をしましたか?	あり なし 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・硬膜下血腫 虚血性心疾患・不整脈・心臓弁膜症・心不全 高血圧・糖尿病・高脂血症・心疾患 がん・うつ病・神経症・てんかん・ その他() * 年齢もわかれば
	胃の病気で手術をしたことがありますか?	あり なし * どのような病名でしたか? () * 手術日はいつでしたか? 年 月 日 頃
	大きなけがをしたことがありますか?	あり なし 骨折・意識を失うような頭のけが (歳頃)
	家族や親戚で同じような病気にかかった	なし あり (病名:)
	ひとがいましたか?	父 母 きょうだいその他()

介護保険サービスに関する事項

現在かかっている病院・主治医名 (かかりつけ医)	
介護保険の認定は受けていますか？	はい・いいえ
要介護度	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
介護保険サービスを利用していますか？	デイサービス・デイケア・ヘルパー・訪問看護・訪問リハビリ・ショートステイ・利用していない
担当のケアマネージャーは付いていますか？	はい・いいえ
ケアマネージャー事業所名	
ケアマネージャー氏名	

現在の病気に関する事項

今、困っている事は何ですか？	物忘れ 同じことを何度も尋ねる 日付がわからない 親しい人の顔、名前がわからない 同じ物を買ってくる 道に迷う 興味関心が薄れた 落ち着きがない 薬を飲み忘れる 金銭管理ができない 火の消し忘れ 日中寝てばかりいる 夜眠れない 怒りっぽくなった 幻視 幻聴 ものとられ妄想 トイレの失敗 その他()	
本人に物忘れの自覚はありますか？	あり・なし	
あなたが最初に気づいた症状は何ですか？		
それは、いつ頃からですか？	年 月 日頃 歳頃	
それは、どんな風に起こりましたか？	(1) 急に (2) 徐々に (3) わからない	
病気の進み具合はどうですか？	(1) 横ばいの状態 (2) 徐々に悪い (3) どんどん悪い	症状が良いときや悪いときに差がありますか？ あり なし
こんなことがきっかけで具合が悪くなったと思われることがあれば書いてください。 (例 - 家族が亡くなった、引っ越した、仕事が変わったなど)	あり なし	

<p>脳の検査をしたことがありますか？</p>	<p>あり： 脳のCT ・ 脳のMRI ・ 脳波 なし 検査した日 年 月 日 頃 （その他 ）</p>
<p>脳の検査の結果は聞きましたか？</p>	<p>異常なし 経過観察 認知症と言われた その他（ ）</p>
<p>医師から認知症の薬をもらっていますか？</p>	<p>はい （薬の名前： いいえ ）</p>
<p>薬を飲んで良くなりましたか？</p>	<p>はい いいえ どちらともいえない</p>
<p>相談したいことなどありましたら、ご自由にお書きください。</p>	

BPSD13Q

認知症の行動・心理症状質問票 13 項目版

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 評価者 _____ (関係 _____)

ID _____ 対象者 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女

過去 1 週間について、下記の全質問 13 項目に教えてください。
認められなければ 0 に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数をつけます。

重症度 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:対応に困難が伴いかつ毎日継続する

負担度 0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担 4:大きな負担 5:極度の負担

例:	「ものをため込む」が毎日あるが対応できているので重症度は3。しかし負担は大きいので負担度は4。 「食べられないものを食べてしまう」はないのでゼロに○。	認められない	認められる		
			重症度 1~5	負担度 0~5	
例	ものをためこむ	0	3	4	記入見本
例	食べられないものを食べてしまう	○			記入見本
1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	0			幻視・幻聴
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			妄想
3	うろろする、不安そうに動き回る	0			徘徊・不穩
4	こだわって同じ行為を何度も繰り返す	0			常同行動
5	我慢ができない、衝動的に行動する	0			脱抑制
6	怒りっぽい	0			易怒性
7	忘れて同じことを何度も尋ねる	0			繰り返し質問
8	悲観的で気分が落ち込んでいる	0			うつ
9	やる気がない、自分からは動かない	0			アパシー
10	心配ばかりする	0			不安
11	日中うとうとする	0			傾眠傾向
12	夜間寝ないで活動する	0			昼夜逆転
13	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			介護への抵抗
BPSD13Q (1~13)合計点					

自由回答欄:

患者様お名前

記入日： 年 月 日

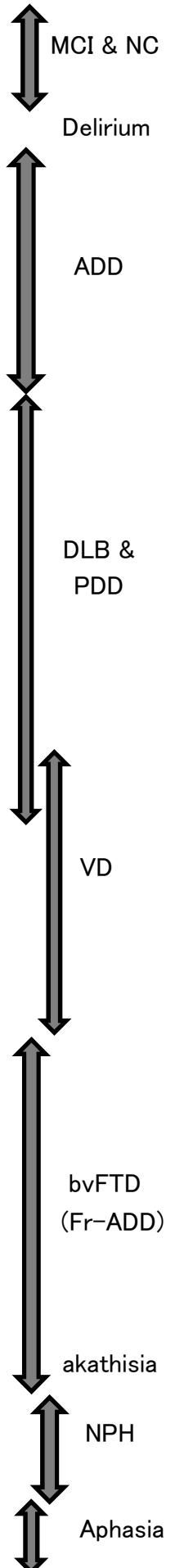
記入者お名前

患者様との関係

DDQ43

ご本人の日々の生活の様子から、あてはまるものに○を付けてください。

	しっかりしていて、一人暮らしをするに、手助けはほぼ不要
	買い物に行けば、必要なものを必要なだけ買える
	薬を自分で管理して飲む能力が保たれている
	この1週間～数か月の間に症状が急に進んでいる
	お金など大切なものが見つからないと、盗られたと言う
	最初の症状は物忘れだ
	物忘れが主な症状だ
	置き忘れやしまい忘れが目立つ
	日時がわからなくなった
	できないことに言い訳をする
	他人の前では取り繕う
	頭がはっきりしている時と、そうでない時の差が激しい
	実際には居ない人や動物や物が見える
	見えたものに対して、話しかける・追い払うなど反応する
	誰かが家の中に居るという
	介護者など身近な人を別人と間違える
	小股で歩く
	睡眠中に大声や異常な行動をとる
	失神(短時間気を失う)や立ちくらみがある
	転倒する
	便秘がある
	動作が緩慢になった
	悲観的である
	やる気がない
	しゃべるのが遅く、言葉が不明瞭
	手足に麻痺がある
	飲み込みにくく、むせることがある
	感情がもろくなった(涙もろい)
	思考が鈍く、返答が遅い
	最近嗜好の変化があり、甘いものが好きになった
	以前よりも怒りっぽくなった
	同じ経路でぐるぐると歩き回ることがある
	我慢できず、些細なことで激昂する
	些細なことで、いきなり怒り出す
	こだわりがある、または、まとめ買いをする
	決まった時間に決まったことをしないと気が済まない
	コロコロと気が変わりやすい
	店からものを持ち去る(万引き)などの反社会的行動がある
	じっとしてられない
	尿失禁がある
	ボーッとしている
	摺り足で歩く
	言葉が減った
	ものの名前が出ない



認知症初期症状11質問票

記入日： 年 月 日

患者様お名前 ID

記入者お名前 関係

記入方法 家族等 ・ 家族等から聞き書き

最近1か月の状態について、日々の生活の様子から判断して、あてはまるものに○を付けてください(ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます)。

	同じことを何回も話したり、尋ねたりする
	出来事の前後関係がわからなくなった
	服装など身の回りに無頓着になった
	水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
	薬を管理してきちんと内服することができなくなった
	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
	計画を立てられなくなった
	複雑な話を理解できない
	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
	認知症初期症状11質問票 合計項目数

次の2項目も、あてはまるものに○をつけてください。

	被害妄想(お金を取られる)がありますか
	幻視(ないものが見える)がありますか