

受診シート

記録日		年	月	日
ご本人	フリガナ	生年月日		
	氏名	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月 日 年齢 歳
	住所	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	※居所と異なる場合は居所を記入			電話 ☎ ※居所の連絡先を記入 ()
ご家族	フリガナ	ご本人との関係 (続柄や機関名)		
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人と同じ		
	住所	電話 ☎ ()		
<p>● 受診の目的についておたずねします。 複数回答可 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 認知症についての鑑別診断を希望 <input type="checkbox"/> 投薬治療を希望</p> <p><input type="checkbox"/> 介護される方がお困りの症状についての対応 <input type="checkbox"/> 成年後見制度診断書の作成希望</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険の主治医意見書作成の希望</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p>				
<p>● 今回のご受診はどなたからの勧めですか？</p> <p><input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 家族</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p>				
<p>● 今回の受診についてご本人はどのようにお考えですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 受診に同意している。 <input type="checkbox"/> その他 []</p>				
<p>● 患者さん（ご本人）の状態についてお困りのことはどんなことですか？ 複数回答可 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 1 少し前のこともすぐに忘れてしまう <input type="checkbox"/> 11 見えるはずのない物が見えている</p> <p><input type="checkbox"/> 2 月日や時間がわからない <input type="checkbox"/> 12 聴こえないはずの音や声が聞こえる</p> <p><input type="checkbox"/> 3 自分のいるところがわからない <input type="checkbox"/> 13 物をなくすことが増えている</p> <p><input type="checkbox"/> 4 親しい人の事を忘れる <input type="checkbox"/> 14 現実的ではない内容を確信をもって信じている</p> <p><input type="checkbox"/> 5 意欲がなくなっている <input type="checkbox"/> 15 介護に抵抗する</p> <p><input type="checkbox"/> 6 気分が落ち込んでいる <input type="checkbox"/> 16 慣れた道を迷う</p> <p><input type="checkbox"/> 7 怒りっぽくなったり暴言がある <input type="checkbox"/> 17 徘徊（目的なく歩き回る状態）がある</p> <p><input type="checkbox"/> 8 暴力をふるうようになっている <input type="checkbox"/> 18 夜間眠らず、昼夜逆転の生活リズムになっている</p> <p><input type="checkbox"/> 9 火の不始末があり火元の管理ができない <input type="checkbox"/> 19 排泄物などの汚物を触ったりする</p> <p><input type="checkbox"/> 10 食べ物でない物を食べようとする <input type="checkbox"/> 20 周囲が迷惑している性的な行動がある</p> <p>★ <u>上記の状態が一番お困りの症状の番号をひとつお書き下さい。</u> ⇒ ⇒ []</p> <p>・上記のような症状は…</p> <p>いつ頃から？ <input type="checkbox"/> 数日以内 <input type="checkbox"/> 半月以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内</p> <p><input type="checkbox"/> 約6ヶ月前 <input type="checkbox"/> 約1年前 <input type="checkbox"/> それ以上 [年前]</p> <p>どのように？ <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 階段状に <input type="checkbox"/> 急激に <input type="checkbox"/> その他</p> <p>・症状が良くなったり悪くなったりしますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・何かきっかけとなるような環境の変化や出来事、その他に何かありましたらお書き下さい。</p> <p>[]</p>				

● 患者さん（ご本人）の病歴についておたずねします

- ・現在かかっている医院、病院はありますか？ 通院中 入院中 どこもかかっていない
 医療機関名[] 診療科[] 担当医[] 紹介状有り
 医療機関名[] 診療科[] 担当医[] 紹介状有り
 医療機関名[] 診療科[] 担当医[] 紹介状有り

・どんなご病気でかかっていますか？

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳血管疾患
 腎臓疾患 肝硬変 心臓疾患 甲状腺機能低下症
 その他 []

・何かお薬を飲んでいますか？

- はい いいえ

[]

・今まで大きな病気をしたことがありますか？

- < 病名（手術・事故・精神疾患など含む） > < 医療機関名 > < いつ頃ですか？ >
 [] [] []
 [] [] []
 [] [] []
 [] [] []

・アレルギーはありますか？

- いいえ お薬 食べ物 花粉 その他
 [内容：]

・喫煙されますか？

- いいえ やめた はい [1日 本位]

・お酒は呑まれますか？

- いいえ ときどき はい [1日量 位]

● 患者さん（ご本人）の身体状況についておたずねします。

- ・視力 【左目】 普通 弱視 全盲
 【右目】 普通 弱視 全盲
 ・聴力 【左耳】 普通 やや難聴 難聴
 【右耳】 普通 やや難聴 難聴
 ・言葉 普通 少し不自由 不自由
 ・体のマヒの有無 普通 左上肢 右上肢
 左下肢 右下肢
 ・体の関節の痛みの有無 左肩 左肘 左膝 左足首
 右肩 右肘 右膝 右足首
 その他 []

● ご親族に認知症や難病（パーキンソン病等）の方はおられますか？
 またその方はご本人とどのような続柄ですか？

[]

●患者さん（ご本人）の生活の様子についておたずねします。

- あてはまるものをひとつだけお選びください。
 - 交通機関などを利用して外出する。
 - 隣近所へなら外出する。
 - 日中はほぼベッドから離れて生活し、介助により外出する。
 - 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
 - 車椅子に移乗し、食事や排泄はベッドから離れて行う。
 - 介助により車椅子に移乗する。
 - 自力で寝返りができる。
 - 自力では寝返りができない。

具体的な様子について

•食事の動作		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助	[]
•歩行状態	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 全て介助	[]
	車椅子	<input type="checkbox"/> 不使用	<input type="checkbox"/> 自分で操作	<input type="checkbox"/> 介護者が操作	[]
	手押し車や杖	<input type="checkbox"/> 不使用	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内が使用	[]
•トイレ動作	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 全て介助	[]
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 全て介助	[]
	オムツ使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間のみ	<input type="checkbox"/> 終日介助	[]
•入浴動作		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助	[]
•着衣動作		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助	[]
•食事の準備		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	[]
•買い物		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	[]
•家事（洗濯含む）		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	[]
•服薬管理		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部管理	<input type="checkbox"/> できない	[]
•金銭管理		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部管理	<input type="checkbox"/> できない	[]

●介護・福祉サービスの利用状況についておたずねします。

- 介護認定は受けていますか？
 - 受けていない 申請中 自立 不明
 - 要支援 [1 ・ 2] 要介護 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5]
- 介護認定の期限はいつまでですか？ [令和 年 月まで] 不明 期限切れ
- 現在どのようなサービスを利用されていますか？
 - サービス利用なし 施設に入所中 [施設名：]
 - ヘルパー [週 回] デイサービス [週 回] ショートステイ [週 回]
 - 訪問看護 [週 回] 訪問リハビリ [週 回]
 - 小規模多機能型居宅介護 [通い： 週 回、訪問： 週 回、泊まり： 週 回]
 - その他 []
- 担当のケアマネジャー事業所や地域包括支援センターはどちらですか？
 - 事業所 [/ ☎： ()]
 - 担当者 []

