# 受診シート

| 記録日 | 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| ご本人 | フリガナ | 生年月日<br>☐ 大 ☐ 昭 年 月 日 年齢 歳 |
| | 氏名 | 性別 ☐ 男 ☐ 女 |
| | 住所<br>※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<br>( ) |
| ご家族 | フリガナ | ご本人との関係<br>(続柄や機関名) |
| | 氏名 | |
| | ☐ 本人と同じ<br>住所 | 電話 ☎<br>( ) |

● **受診の目的についておたずねします。** 複数回答可 ☑

☐ 認知症についての鑑別診断を希望
☐ 投薬治療を希望
☐ 介護される方がお困りの症状についての対応
☐ 成年後見制度診断書の作成希望
☐ 介護保険の主治医意見書作成の希望
☐ その他 [ ]

● **今回のご受診はどなたからの勧めですか？**

☐ かかりつけ医 ☐ ケアマネジャー ☐ 地域包括支援センター ☐ 家族
☐ その他 [ ]

● **今回の受診についてご本人はどのようにお考えですか？**

☐ 受診に同意している。 ☐ その他 [ ]

● **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 ☑

☐ 1 少し前のこともすぐに忘れてしまう
☐ 2 月日や時間がわからない
☐ 3 自分のいるところがわからない
☐ 4 親しい人の事を忘れる
☐ 5 意欲がなくなっている
☐ 6 気分が落ち込んでいる
☐ 7 怒りっぽくなったり暴言がある
☐ 8 暴力をふるうようになっている
☐ 9 火の不始末があり火元の管理ができない
☐ 10 食べ物でない物を食べようとする
☐ 11 見えるはずのない物が見えている
☐ 12 聴こえないはずの音や声が聞こえる
☐ 13 物をなくすことが増えている
☐ 14 現実的ではない内容を確信をもって信じている
☐ 15 介護に抵抗する
☐ 16 慣れた道を迷う
☐ 17 徘徊（目的なく歩き回る状態）がある
☐ 18 夜間眠らず、昼夜逆転の生活リズムになっている
☐ 19 排泄物などの汚物を触ったりする
☐ 20 周囲が迷惑している性的な行動がある

★ **上記の状態で一番お困りの症状の番号をひとつお書き下さい。** ⇒⇒ [ ]

・**上記のような症状は…**

いつ頃から？ ☐ 数日以内 ☐ 半月以内 ☐ 1ヶ月以内
☐ 約6ヶ月前 ☐ 約1年前 ☐ それ以上 [ 年前]

どのように？ ☐ 徐々に ☐ 階段状に ☐ 急激に ☐ その他

・**症状が良くなったり悪くなったりしますか？** ☐ はい ☐ いいえ

・**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。**

( )

● 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）の生活のご様子についておたずねします。

・あてはまるものを<u>ひとつだけ</u>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 | | ☐ 自立 | ☐ 一部介助 | ☐ 全て介助 | [ ] |
| ・歩行状態 | 屋外歩行 | ☐ 自立 | ☐ 見守り | ☐ 全て介助 | [ ] |
| | 車椅子 | ☐ 不使用 | ☐ 自分で操作 | ☐ 介護者が操作 | [ ] |
| | 手押し車や杖 | ☐ 不使用 | ☐ 屋外で使用 | ☐ 屋内が使用 | [ ] |
| ・トイレ動作 | 排尿 | ☐ 自立 | ☐ 見守り | ☐ 全て介助 | [ ] |
| | 排便 | ☐ 自立 | ☐ 見守り | ☐ 全て介助 | [ ] |
| | オムツ使用 | ☐ なし | ☐ 夜間のみ | ☐ 終日介助 | [ ] |
| ・入浴動作 | | ☐ 自立 | ☐ 一部介助 | ☐ 全て介助 | [ ] |
| ・着衣動作 | | ☐ 自立 | ☐ 一部介助 | ☐ 全て介助 | [ ] |
| ・食事の準備 | | ☐ 自立 | ☐ 一部介助 | ☐ できない | [ ] |
| ・買い物 | | ☐ 自立 | ☐ 一部介助 | ☐ できない | [ ] |
| ・家事（洗濯含む） | | ☐ 自立 | ☐ 一部介助 | ☐ できない | [ ] |
| ・服薬管理 | | ☐ 自立 | ☐ 一部管理 | ☐ できない | [ ] |
| ・金銭管理 | | ☐ 自立 | ☐ 一部管理 | ☐ 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［　　］

ご本人やご家族の様子についてより詳しくお教えいただくことで、診察に役立てたいと思っております。そのため下記の項目についてもご記入くださいますよう、ご協力をよろしくお願い致します。

● 患者さん（ご本人）とご家族についておたずねします。

・出身地［　　］　・最終の学歴［　　］

・ご本人はこれまでどのようなお仕事のご経験がありますか？

［＿＿＿歳 ～＿＿＿歳　職業：＿＿＿＿＿］　［＿＿＿歳 ～＿＿＿歳　職業：＿＿＿＿＿］

［＿＿＿歳 ～＿＿＿歳　職業：＿＿＿＿＿］　［＿＿＿歳 ～＿＿＿歳　職業：＿＿＿＿＿］

・周囲の方々から見た、患者さん（ご本人）の性格傾向についてご記入ください。

（　　）

・ご本人は何人きょうだいの何番目ですか？　［　　］人きょうだいの［　　］番目

・ご結婚はされていますか？　☐ はい［ご本人が　　歳で結婚］

☐ いいえ ⇒ 離婚歴はございますか？　［☐ はい　☐ いいえ］

・配偶者の有無　☐ 有［配偶者は　　歳］

☐ 無　⇒　☐ 離婚［　　年前］

☐ 死別［　　年前］

☐ 別居［　　年前］

・ご本人のご家族の続柄（子、孫など）の年齢と職業、居所（〇〇市、〇〇区など）をご記入いただき、同居されているかをチェック☑してください。

続柄［　　］・年齢［　　歳］・職業［　　］・居所［　　］・☐ 同居している

続柄［　　］・年齢［　　歳］・職業［　　］・居所［　　］・☐ 同居している

続柄［　　］・年齢［　　歳］・職業［　　］・居所［　　］・☐ 同居している

続柄［　　］・年齢［　　歳］・職業［　　］・居所［　　］・☐ 同居している

続柄［　　］・年齢［　　歳］・職業［　　］・居所［　　］・☐ 同居している

続柄［　　］・年齢［　　歳］・職業［　　］・居所［　　］・☐ 同居している

続柄［　　］・年齢［　　歳］・職業［　　］・居所［　　］・☐ 同居している

・ご家族の中で主にご本人の介護やお世話をされている方はどなたですか？

［氏名：　　］

・この用紙をご記入いただいた方はどなたですか？同行者と同じ場合はご記入は不要です。

［記録者氏名：　　］　ご本人との関係（続柄や機関名）［　　］

・備考欄（他に何か気になることがございましたらご記入ください。

（　　）