

記録日 年 月 日

* 当てはまる項目にチェック☑して下さい。

ご本人	フリガナ	☐明 ☐大 ☐昭 年 月 日生
	氏名	
	住所	電話 ☎ 居所の連絡先を記入 ()

居所と異なる場合は居所を記入

同行者	フリガナ	ご本人との関係 (続柄や機関名)
	氏名	
	住所	電話 ☎ ()

§ 受診の目的についておたずねします 複数可☑

☐ 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 ☐ 入院希望

☐ 介護保険主治医意見書作成 ☐ 成年後見制度診断書作成

☐ 山本病院認知症デイケアの利用希望

☐ その他 []

§ 患者さん(ご本人)の状態について困っていることはどんなことですか？ 複数可☑

<input type="checkbox"/> 1 少し前のこともすぐに忘れてしまう <input type="checkbox"/> 2 月日や時間がわからない <input type="checkbox"/> 3 自分がいるところがわからない <input type="checkbox"/> 4 親しい人のことを忘れる <input type="checkbox"/> 5 意欲が無くなっている <input type="checkbox"/> 6 気分が落ちこんでいる <input type="checkbox"/> 7 おこりっぽくなったり暴言を言ったりする <input type="checkbox"/> 8 暴力をふるうようになっている <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"/> 10 食べ物でない物を食べようとする	<input type="checkbox"/> 11 見えるはずのない物が見える <input type="checkbox"/> 12 聴こえないはずの音や声が聞こえる <input type="checkbox"/> 13 物をなくすことが増えている <input type="checkbox"/> 14 現実的ではない内容を確認をもって信じている <input type="checkbox"/> 15 介護に抵抗する <input type="checkbox"/> 16 慣れた道を迷う <input type="checkbox"/> 17 徘徊(目的なく歩きまわる状態)がある <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 <input type="checkbox"/> 19 排泄物などの汚物を触ったりする <input type="checkbox"/> 20 周囲が迷惑している性的な行動がある
---	---

・上記の状態のうち、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、どのように、いつ頃から起こりましたか？

どのように？ ☐徐々に ☐階段状に ☐急激に ☐その他

いつ頃から？ ☐数日以内 ☐半月以内 ☐1ヶ月以内
☐約半年前から ☐約1年前 ☐それ以上前 [] 年前

・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、その他何かありましたらお書き下さい。

§ 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)の病歴についておたずねします

・現在医院・病院にかかっていますか？ 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
 医療機関名 [_____] 診療科 [_____] 担当医 [_____] 紹介状有
 医療機関名 [_____] 診療科 [_____] 担当医 [_____] 紹介状有

・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

[_____]

・今までに大きな病気をしたことがありますか？ はい いいえ

病名(手術・事故・精神疾患など含む)	医療機関名	いつ頃
[_____]	[_____]	[_____]
[_____]	[_____]	[_____]
[_____]	[_____]	[_____]
[_____]	[_____]	[_____]
[_____]	[_____]	[_____]

・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 _____]

・たばこは吸われますか？ いいえ やめた はい [1日 _____ 位]

・お酒は呑まれますか？ いいえ ときどき 毎日 [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 なし 左上肢 右上肢
 左下肢 右下肢

・体の関節の痛みの有無 なし 左肩 左肘 左膝 左足首
 右肩 右肘 右膝 右足首
 その他 [_____]

・床ずれの有無 なし あり [_____]

§ 患者さん(ご本人)の生活状況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下さい。

- 交通機関などを利用して外出する。(日常生活はほぼ自立)
- 隣近所へなら外出する。(日常生活はほぼ自立)
- 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。(屋内での生活はほぼ自立)
- 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。(屋内での生活はほぼ自立)
- 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。(何らかの介助を要する)
- 介助により車いすに移乗する。(何らかの介助を要する)
- 自力で寝返りをする。(日中ベッド上で過ごす)
- 自力では寝返りをうてない。(日中ベッド上で過ごす)

備考(具体的な様子など)

・食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助 []
・移動	屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があれば可	<input type="checkbox"/> していない []
	車いす <input type="checkbox"/> 使用せず	<input type="checkbox"/> 自分で操作可	<input type="checkbox"/> 介護者が操作 []
	手押し車や杖 <input type="checkbox"/> 使用せず	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用 []
・排泄	排尿 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助 []
	排便 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助 []
	おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間のみ	<input type="checkbox"/> 終日使用 []
・入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助 []
・洗面	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助 []
・着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全て介助 []
・金銭管理	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない []
・買い物	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない []
・調理	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない []
・服薬管理	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<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
- 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
- 不明

•介護認定の期限はいつまでですか？ 不明 期限切れ [平成 年 月まで]

•現在どん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 []

•担当のケアマネー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 []

