

# 分かる範囲でご記入ください。

それぞれ、今一番困っている事をお書き下さい。

(本人の)困りごと	(家族や介護者の)困りごと

## [記載者欄]

記載者氏名		続柄		Tel	
住 所	同居・別居(住所: _____ )				

## [本人]

氏 名		男・女	Tel		
生年月日	( )歳	住 所			
家族構成	夫婦2人暮らし・子供夫婦と同居・独居・その他( _____ )				
身体特性	視力障害・聴力障害・コミュニケーション障害 _____				
最終学歴	小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学/専門学校	教育年数	約	年	
職歴(過去と現在)					
介護認定	認定有・無(要介護・支援 ( _____ ))	担当ケアマネ[ _____ ]	利用サービス	デイサービス( _____ ) ヘルパー 訪問看護 施設入所( _____ )	
サービス利用開始時期	年 月頃	その他の主要機関			
今までの経緯(サービス利用や気になった出来事)*いつ頃から気になりましたか等					
過去にかかった病気やけが(分かる範囲で)					
時期	病名	かかった病院			
S・H 年 月頃					
S・H 年 月頃					
S・H 年 月頃					
S・H 年 月頃					
掛りつけ医	病院( _____ 科)	アレルギー	有・無( _____ )		
今飲んでいるお薬			薬の管理者:		
				体温 _____ °C	

# 問診表

本人氏名： \_\_\_\_\_

記入者： \_\_\_\_\_ (関係： \_\_\_\_\_) 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

☆お付き添いの方に記入をお願いします。お1人で来られた方はご自分で記入して下さい。

① 昨日・今日の出来事で、あったこと自体を忘れることが	ある・ない
② 日付や時刻が分からなくなることが	ある・ない
③ 日常生活の中で、今まで出来ていたことがだんだんできなくなったと感じることが	ある・ない
④ 金品を盗られる、などと思うことが	ある・ない
⑤ 慣れている場所で迷うことが	ある・ない
⑥ 服が適切に着られないことが	ある・ない
⑦ 他の人には見えないものが見えたり、実際にはしていない声が聞こえたりすることが	ある・ない
⑧ 時間によって、受け答えがスムーズな時とスムーズで無い時の差がはっきりしていることが	ある・ない
⑨ 歩行時、足が前に出にくくなったり、つまづいてころびやすくなったと感じることが	ある・ない
⑩ 周囲の人への配慮ができにくくなり、がまん強さが減ったと感じることが	ある・ない
⑪ 決まった時間に同じ行動をくり返したり、生活上のこだわりが強くなったと感じることが	ある・ない
⑫ 思い通りにならないと、腹が立ちやすくなったと感じることが	ある・ない
⑬ 日中、意欲がなくなり、横になっていることが増えたと感じることが	ある・ない
⑭ 手足の動きが悪くなったり、左右で違いがみられるようになった	あり・なし
⑮ 失禁が見られる様になった	あり・なし

● 現在の症状はいつ頃ですか？

年 \_\_\_\_\_ 月頃から

● 生活の中で、今までと比べ様子が違うと違和感を感じ始めたのは何時ごろからですか？

年 \_\_\_\_\_ 月頃から

● 今までに認知症と言われたことはありますか？

ある ・ ない ⇒ 【あるの場合】 言われた時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

( \_\_\_\_\_ ) 病院にて病名 ( \_\_\_\_\_ ) と言われた。

● その他、気づいたことはありますか？