

次の①～③の能力について、あてはまる程度1つにチェックしてください

①5分、10分前のことを覚えている	(短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり
②毎日の日課をこなす、意思決定をする	(意思決定)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難
		<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 判断できない
③自分の意思を伝える	(意思伝達)	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難
		<input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる	<input type="checkbox"/> 判断できない

次のような行動はありますか(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られた等)	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 (夜間眠らず、日中に支障をきたしている)
<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 徘徊 (目的もあてもなく歩き回る)
<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 異食行為 (食べられないものを食べる、口に入れる)
<input type="checkbox"/> 不潔行為(便いじり等)	<input type="checkbox"/> あてはまるような行動はない	<input type="checkbox"/> 性的問題行動(周囲が迷惑と思うような性的行動)
<input type="checkbox"/> その他()		

次のような症状はありますか？(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 失語 (読む・書く・話す・聞くことが難しい)	<input type="checkbox"/> てんかん(けいれん発作)
<input type="checkbox"/> 失行 (順序がある工程や行動が難しい)	<input type="checkbox"/> 傾眠(すぐウトウトする、眠る)
<input type="checkbox"/> 失認 (物事の認識が難しい)	<input type="checkbox"/> せん妄(突然パニックになる)
<input type="checkbox"/> 構音障害(ろれつが回らない)	<input type="checkbox"/> うつ(悲観的な発言が目立つ等)

上記の症状に対して、専門医を受診していますか？

はい → 受診した病院()

いいえ

不明

身体状況について教えてください

利き腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	身長	cm	体重	kg	→半年前と比べて
						<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 不明

身体の中かで痛みや動かしにくい部分は

なし

あり → 箇所 () 症状 痛み・震え・麻痺・筋力低下・拘縮
その他()

皮膚疾患は

なし

あり → 箇所 () 症状 床ずれ・湿疹
その他()

屋外での歩行は 自立 介助があればできる できない

車いすの使用は なし 主に自分で操作する 主に他人が操作している

杖やシルバーカー、歩行器の使用は なし 屋外で使用 屋内で使用 (複数選択可)

食事摂取は 自立 なんとか自分で食べられる 全面介助

下記の項目で発生している状態はありますか？(複数選択可)

トイレが間に合わない 転倒・骨折 移動能力の低下 床ずれ 閉じこもり 徘徊

食事が摂れていない むせこみ、飲み込みにくさ 脱水 意欲低下

感染しやすい がん等による痛み

その他()

その他、生活や介護で困っていること、主治医に伝えたいことがあればご自由にご記入ください