

ふりがな	様	☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭	
名前			年	月	日
			(歳)		

◆下記の質問にお答えください。

記入者：

様 続柄()

1	大きな病気をされたことはありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
2	現在、治療中の病気はありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
3	処方されているお薬はありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
4	①飲酒歴 ☐ なし ☐ あり ②喫煙歴 ☐ なし ☐ あり ③最終学歴 ☐ 小 ☐ 中 ☐ 高 ☐ 大 ☐ 他	
5	①利き手 ☐ 右 ☐ 左 ②性格()	
6	変化が見られたのは、いつ頃からですか？()	
7	どのようなことでお困りですか？()	
8	どのような症状がみられましたか？ 該当する項目に✓を記入して下さい。	
☐	徘徊（自力や車椅子等で目的もなく動き回る）	
☐	幻覚（ありもしない幻が見える・聞こえる、何も無いところに向かって話す等）	
☐	妄想（事実でないことを信じこむ、実際に盗られていないのに盗られたという）	
☐	抑うつ（悲しそう、落ち込んでいるように見える）	
☐	不安	
☐	多幸（過度に機嫌がよかったり、幸せそうにする）	
☐	睡眠障害（夜間何度も目が覚めよく眠れない）	
☐	興奮（怒りやすい、大声を出す）	
☐	無関心・意欲低下（何もしようとしない、関心を示さない）	
☐	不潔行為（便をいじる）	
☐	異食行為（食べ物でないものを食べる）	
☐	日中傾眠（日中、居眠りをしている時間が多く、活動できない）	
☐	火の不始末（なべを焦がす、タバコの火の消し忘れなど）	
☐	大声の寝言	
☐	その他（食行動の変化、会話困難、介護抵抗、易怒性等）	

2枚目もお答え下さい

No.2 ◆生活状況についてお答えください。

1	めまい、ふらつきがある	☐ いいえ ☐ はい (☐ よくある ☐ 時々)
2	最近、転んだことがある	☐ いいえ ☐ はい (☐ 1週間以内 ☐ 1ヵ月以内)
3	目が見えにくい	☐ いいえ ☐ はい (☐ 老眼(左,右) ☐ 白内障(左,右))
4	耳が聞こえにくい	☐ いいえ ☐ はい (☐ 左 ☐ 右 ☐ 両方)
1	自力歩行	☐ できる ☐ 一部介助(杖・つたい歩き) ☐ できない
2	外出状況	☐ 1人で可能 ☐ 家族と一緒になら可能 ☐ 外出なし
3	電話使用	☐ できる ☐ 一部介助() ☐ できない
4	金銭管理	☐ できる ☐ 一部介助() ☐ 不明
5	内服管理	☐ できる ☐ 一部介助() ☐ 全介助
6	食事介助	☐ なし ☐ 一部介助() ☐ 全介助
7	排泄介助	☐ なし ☐ 一部介助() ☐ 全介助
8	尿便失禁	☐ なし ☐ 時々あり ☐ あり ☐ オムツ・紙パンツ使用(昼夜とも・夜間のみ)
9	入浴介助	☐ なし ☐ 一部介助() ☐ 全介助 ☐ 入浴拒否
10	着脱介助	☐ なし ☐ 一部介助() ☐ 全介助

◆介護状況についてお答えください。

1	本人(本日受診されている方)に対して、どうしていいかわからない	☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい
2	本人に対して、腹が立つことがある	☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい
3	本人のそばにいと、気が休まらない	☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい
4	本人の介護があるため、家族や友人と付き合いづらくなっている	☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい
5	本人の介護を誰かにまかせてしまいたい	☐ いいえ ☐ 時々 ☐ はい

◆分かる範囲でご記入ください。

介護保険 : ☐未申請 ☐申請中 ☐要支援(1・2) ☐要介護(1・2・3・4・5)

担当ケアマネジャー : 様 事業所名 :

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 ※正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しいただき、しばらくお待ちください。