

初めて受診をされる方へ

患者様氏名: _____

記入者氏名: _____

続柄

記入日: 年 月 日

【1】 次の項目で患者様にあてはまるものがありましたら、○をつけてください。

1. 実際にはないものや人が見えたり、音や声が聞こえたりすることがある。
2. 金品などを盗られたと訴える。
3. 配偶者が浮気をしていると訴える。
4. 昼夜逆転している。
5. 介護する人などに暴言をはいたり、抵抗したりして世話ができない時がある。
6. ご飯ばかりたくさん食べるなど、食べるものに偏りがある。
7. 目的なく出歩いたり、迷子になったりすることがある。
8. ガスやタバコなど、火の不始末がある。
9. 大便をさわったり、尿をまき散らしたりすることがある。
10. 紙や消しゴムなど食べられないものを口に入れることがある。
11. 周囲に迷惑となる性的な言動や行為がある。
12. 食事の時に周りの人の手助けが常に必要である。
13. 夜寝ている間に大声を上げて寝言を言ったり、手足を大きく動かしたりする。
14. 使い慣れた物をどこに置いたか、知人の名前、約束を忘れる。
15. リモコンや携帯の操作・夕食の準備・家計の管理・買い物で失敗したことがある。
16. 外出した際や家族以外の人付き合いなどで支障をきたすことがある。
17. 住所や電話番号、今日の日付や曜日が思い出せない。
18. 季節や場所に適切な洋服を選べない。
19. 毎日の入浴を自発的にはしない。
20. 自動車の運転ができなくなった、事故を起こしてしまった。
21. 服の前後や裏表を間違える。
22. 薬を飲み忘れたり、飲み間違えたりする。
23. 家族の名前を忘れる。
24. 最近の出来事をほとんど覚えていない。
25. 着衣、入浴、トイレに介助が必要である。
26. 家の中やいつも使う駅やスーパーなど、慣れたところで道に迷う。
27. 尿や便を漏らす。
28. 風呂に入りたがらない。
29. 会話がほとんどできない。会話を理解できない。
30. 歩行に障害がある。
31. 日常生活のすべてにおいて介助が必要。
32. 元気がない、落ち込んでいる。
33. イライラしたり、大声をあげたりする。
34. 趣味への興味が薄れた。外出をおっくうがるようになった。
35. 表情がない。ボーっとしている。
36. ソワソワしていて、不安感がある。
37. 不眠。寝つきが悪い。夜中に起きてそのまま眠れない時がある。
38. 転倒しやすい。

【2】受診のきっかけとなったものを番号でお答えください。 ()

【3】いつ頃からそのご様子が見られていますか。 ()