

質問5 御本人の認知症の程度に関する質問です。8つある()のうち、もっとも近いものにひとつだけ○を付けてください。

程 度	詳 細	選 択
無	認知症を疑わせるようなことはなく、大変しっかりしている。	() 自立
軽 い	認知症の症状は多少あるが、家の中でも外でも日常生活に手助けはほとんど必要ないくらいで、ひとり暮らしも可能である。	() I
	日常生活に支障をきたすような症状や行動がみられ、意思の疎通がとりにくいことがあるが、いずれも軽度であって、誰かが注意していれば自立できる。	
	● 家の外で上記の症状が見られる。 (買い物・事務・金銭管理等それまでできていたことにミスが目立つ、 たびたび道に迷う 等)	() II a
	● 家の中でも上記の症状が見られる。 (電話の対応や訪問者への対応等、ひとりで留守番ができない、 服薬管理ができない等)	() II b
	日常生活に支障をきたすような症状や行動(食事、排便、排尿、着替え等が上手にできず時間がかかる、あるいは、質問7にあげた問題行動がみられる等)や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とするが、一時も目を離せないような状態ではない。	
重 い	● これらの症状が、おもに日中見られる。	() III a
	● これらの症状が、おもに夜間見られる。	() III b
	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、一時も目を離すことが出来ない状態である。	() IV
	急に興奮状態となって意味不明なこと・あらぬことを口走ったり、不穏な行動をして自分自身あるいは周囲の人を傷つける恐れがあるなど、著しい精神症状や問題行動が続いていて、専門的医療を必要とする状態である。	() M

※この中からひとつだけ選択してください

質問6 御本人の記憶・理解及び食事に関して、()内からひとつだけ選び、○で囲んでください。

- ◎ ほんの数分前のことも忘れていて、ということがありますか。
(ない ・ ときどきある ・ よくある)
- ◎ 毎日の日課について、予定を立てたり、進み具合を自分で判断したりすることができますか。
(自分で判断できる ・ 少し難しい ・ 見守りが必要 ・ 判断ができない)
- ◎ 自分の意思を人に伝えることができますか。
(うまく伝えられる ・ 少し難しい ・ 具体的な要求に限られる ・ 伝えられない)

質問7 御本人の日常生活の中で問題となる行動について、よくあるものに○、ときどきあるものに△、あてはまらないものには×を()内に記入してください。

- () 実際にはないものが、見えたり聞こえたりすることがありますか。 (幻想・幻聴)
- () お金や大切なものを取られたとかなくなったとか、言うことが
ありますか。 (妄想)
- () 昼間は寝ていて、夜になると寝られないで動き回ったり大声を出す
ことがありますか。 (昼夜逆転)
- () 周囲に対してひどい言葉を吐くことがありますか。 (暴言)
- () 暴力をふるうことがありますか。 (暴行)
- () 介護に抵抗したり拒絶したりすることがありますか。 (介護への抵抗)
- () 目的もなく歩き回ったり、ひとりで外に出たがって目が離せない
ことがありますか。 (徘徊)
- () ガスコンロを消し忘れるなどの火の不始末がありますか。 (火の不始末)
- () 大便をさわる、便を布団や壁に塗りつける、などの不潔な行為が
ありますか。 (不潔行為)
- () 本来食べられないようなものを食べるがありますか。 (異食行為)
- () 陰部を露出するなどの性的な問題行動がありますか。 (性的問題行動)

質問8 御本人の認知症以外の精神・神経症状に関する質問です。あてはまるものに○、そうでないものに×を()内に記入してください。

- () 以前は普通に話げたのに今は言葉が出にくい、ということが
ありますか。 (失語)
- () ろれつがまわらないことがありますか。 (構音障害)
- () 急に興奮状態となって意味不明なことを話したり、不穏な行動を示す
ことがありますか。 (せん妄)
- () 昼間から(病的と思えるほど)うとうと寝ていることが多いですか。 (傾眠傾向)
- () 自分の居場所や時間の感覚などが分からないとか不正解といった
ことがありますか。 (失見当識)
- () 家族などよく知っている人の顔を見てもそれが誰だか分からない、
ということがありますか。 (失認)
- () マヒなど手足の動きに問題はないのに、意図した動作や指示
された動作ができない(例えば、洗顔・歯磨きができなくなった
箸が使えなくなった、衣類の着脱ができなくなった、等)という
ことがありますか。 (失行)

質問9 御本人の身体の状態等に関する質問です。身長・体重については、数字を記入し、その他の質問については、あてはまるものを○で囲んでください。

◎ 利き手はどちらですか。	(右 ・ 左)
◎ 身長・体重はいくらですか。 → 過去6ヶ月の変化は	(cm kg) (<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
◎ 手足や手の指・足の指に欠けたところがありますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 手足にマヒがありますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 筋肉に力が入らないところがありますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 関節が硬くなって十分伸びない又は曲がらないところがありますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 関節の痛みがありますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 何かしようとする手が震えてできない、箸で食べ物を以前ほど上手につかめない、あるいは、つかめても上手に口に運べない、自分の意志ではない動きがあるということがありますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 床ずれができていますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 入浴等に支障となるヒフの異常(床ずれ以外の異常)がありますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 食物などを飲み込むのに何か問題がありますか。	(ある ・ ない) (部位 _____)
◎ 食事はひとりでできますか。 (自分ひとりで又は少し手伝ってもらって食べる ・ 全面的に介助がいる)	
◎ 歩く時の様子はどうですか。 (自立している ・ 介助があればしている ・ していない)	
◎ 車いすを、使用していますか。 (用いていない ・ 主に自分で操作している ・ 主に他人が操作している)	
◎ 杖や装具が、必要ですか。 (用いていない ・ 屋外で使用している ・ 屋内で使用している) → ※「杖や装具が必要ですか」の項目のみ複数選択可	

質問10 その他、御本人の介護などで、何かお困りのことがあれば、記入してください。

※御記入後、この調査票は、主治医に提出してください。

御協力、ありがとうございました。