

# 認知症：外来診療 チェックリスト

## 記入者の続柄

- ①本人 ②同居者 ③同居しない家族 ④施設職員 ⑤介護職員・行政職員  
⑥その他 ※②～⑥の方は詳細を記入してください

※受診予定前の1～2週間の患者様の様子について、あてはまるものを回答表に記入してください

## 問1 全体の経過は？

- ①よかった ②変わらない ③困ったことがあった ④悪かった ⑤その他  
上記について自由に記入してください

## 問2 服薬は？

- ①規則的に服薬 ②ほぼ規則的に服薬 ③時々忘れた ④不規則  
⑤ほとんど飲めなかった 服薬での不都合は？( )

## 問3 眠れていますか？

- ①よく眠れる→問6へ ②眠れないこともあるが対応可能 ③眠れないため対応困難

## 問4 眠れないのはどのようなタイプですか

- ①寝つきが悪い(入床時間は 時頃) (寝付く時間は 時頃)  
②途中で覚醒する(途中で起きる時間は 時頃)  
一度覚醒した後どれくらい起きていますか？  
A すぐに寝る B 時間ほど起きている C 朝まで起きている  
③本人が不眠を訴える

## 問5 眠れない時の様子は？

- ①静かにしている ②興奮する・大きな声を出す ③徘徊する ④寝ぼける  
⑤ふらつきがひどい ⑥その他( )

## 問6 朝の様子は？

- ①すっきり起きる ②眠気があるが、程度は軽い、対応可能である  
③ふらつきはあるが、程度は軽い、対応可能である  
④眠気が強い、対応困難で薬の変更を希望する  
⑤ふらつきが強い、対応困難で薬の変更を希望する  
⑥その他( )

## 問7 日中の活動、眠気について教えてください

- ①活動性に問題はない ②眠気は強くないが、活動性が低い  
③寝たきりではないが、眠気が強い ④寝たきりである ⑤その他( )

**問8 食事について教えてください(複数回答可)**

- ① 食事に問題はない ② 不規則になりがち
- ③ 食欲はないが、何とか食べている。体重減少はないか軽度
- ④ 食欲がなく体重減少が目立ち、栄養低下が心配 ⑤ 食物の飲み込みが悪くむせる
- ⑥ その他( )

**問9 日中の移動について教えてください**

- ① 歩行していない。移動はほとんどしない(寝たきりか、座っていて移動しない)
- ② 車椅子を使用( 1 主に自分で操作 2 主に他人が操作 )
- ③ 杖や歩行器など補助具を使用 ④ 自力歩行

**問10 歩行時の安定性について教えてください**

- ① 歩行は安定している ② 歩行は最近不安定であるが、転倒までは心配ない
- ③ 歩行が不安定で、転倒が心配 ④ 歩行の時、しばしば転倒する
- ⑤ 時間によって歩行の安定性へ変動する

**問11 歩行が不安定の場合について教えてください**

- ① 薬物の影響が考えられるため、調整を希望する
- ② 薬物の影響が考えられるが、変更を希望せず、経過を見たい
- ③ 薬物の影響であるか判断がつかない
- ④ 薬物の影響であるとは考えない

**問12 次の症状はありますか? (複数回答可)**

- ① いないはずの動物や人などが見える(幻視)
- ② いないはずの人の声や音楽、お経などが聴こえる(幻聴)
- ③ 物を盗られたと訴える(物盗られ妄想)
- ④ 皆に悪口を言われる、いじめられるなどと訴える(被害妄想)
- ⑤ そのほかの妄想: 妄想の内容は
- ⑥ 大声を上げる、興奮する、怒りっぽい(暴言・興奮・易怒)
- ⑦ 暴力をふるう(暴行)
- ⑧ 介護に抵抗する
- ⑨ 徘徊する
- ⑩ 火の不始末
- ⑪ 不潔行為
- ⑫ 食べられないもの、食べてはいけないものを食べる(異食行為)
- ⑬ 性的な問題行動
- ⑭ 不安が強い
- ⑮ くよくよと考えたり、元気がない(うつ状態)
- ⑯ 落ち着かない
- ⑰ 何もしようとしない、意欲にかける(無為・意欲の低下)
- ⑱ その他、気になる症状があれば記載して下さい

|   |      |
|---|------|
| A | なし   |
| B | 時々ある |
| C | ある   |

問13 質問12のいずれかが見られる場合について、わかる範囲で教えてください  
どのような時にその症状がみられますか  
どのように対応しておられますか

問14 質問12のいずれかが見られる場合の加療について、希望を教えてください

- ①軽度であり、対応可能または経過をみたい
- ②介護の工夫等、対処法があれば教えて欲しい
- ③可能であれば、薬物調整にて症状の変化を期待したい
- ④介護サービス等の追加や変更を考慮したい
- ⑤入院等を考慮したい
- ⑥その他( )

問15 介護負担をどの程度感じますか?

- ①全く～ほとんど負担を感じない
- ②多少負担に思う
- ③間並みの負担を感じる
- ④かなりの負担を感じる
- ⑤非常に大きな負担である
- ⑥限界と感じる

問16 身体の病気がある場合、経過はどうでしたか?

- ①よかった
- ②変わらない
- ③困ったことがあった
- ④悪かった
- ⑤その他  
(上記について自由に記入してください)

問17 その他、お気づきの点や要望があれば、自由に記載ください