

# 認知症：外来診療チェックリスト

患者氏名

性別

カルテID

(大・昭・平) 年 月 日 ( 歳)

日時 平成 年 月 日

日時 平成 年 月 日

記入続柄

記入続柄

	詳細
--	----

	詳細
--	----

問1	
----	--

問1	
----	--

問2	
----	--

問2	
----	--

問3	
----	--

問3	
----	--

問4	1	入床	時	入眠	時
	2	時ごろ			
	3				

問4	1	入床	時	入眠	時
	2	時ごろ			
	3				

問5	
----	--

問5	
----	--

問6	
----	--

問6	
----	--

問7	
----	--

問7	
----	--

問8	
----	--

問8	
----	--

問9	
----	--

問9	
----	--

問10	
-----	--

問10	
-----	--

問11	
-----	--

問11	
-----	--

問12	1		10		14	
	2		11		15	
	3		12		16	
	4		13		17	
	5		5 詳細			
	6					
	7		18			
	8					
	9					

問12	1		10		14	
	2		11		15	
	3		12		16	
	4		13		17	
	5		5 詳細			
	6					
	7		18			
	8					
	9					

問13	
-----	--

問13	
-----	--

問14	
-----	--

問14	
-----	--

問15		問16	
-----	--	-----	--

問15		問16	
-----	--	-----	--

問17	
-----	--

問17	
-----	--