

能登地域認知症診療ネットワーク推進協議会

問 診 票 ②
(アンケート版)

- * この問診票は、介護保険の認定を希望されている方に、病院の主治医が主治医意見書を作成する際に、患者様にご記入をお願いしている問診票を参考に作成したものです。
- * 今回のアンケート調査において、できるだけ認知症との診断された方の正確な状態を把握し、今後の診療ネットワーク及び地域支援につなげたいと思います。
(お答えいただいた情報については、調査以外の使用は一切いたしませんので、ご安心下さい)

～ なんとぞ、ご協力のほどよろしくお願ひいたします ～

お手数ですが、日ごろの状態をわかる範囲でお答え下さい。

記入日 年 月 日

●患者様のお名前

(性別：男性・女性) 【 才】

◎ご記入された方

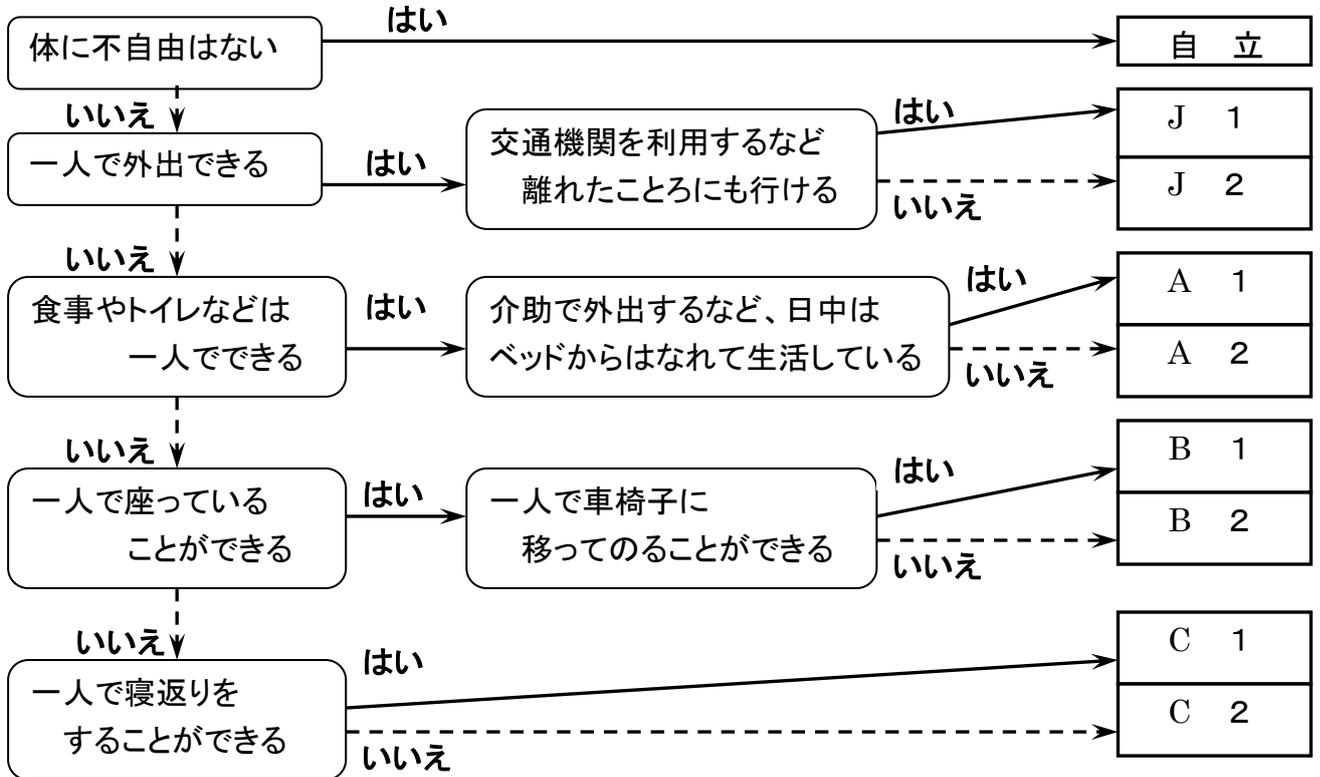
本人 ・ ご家族 ・ その他()

1. 現在、かかっている科に○をつけて下さい。

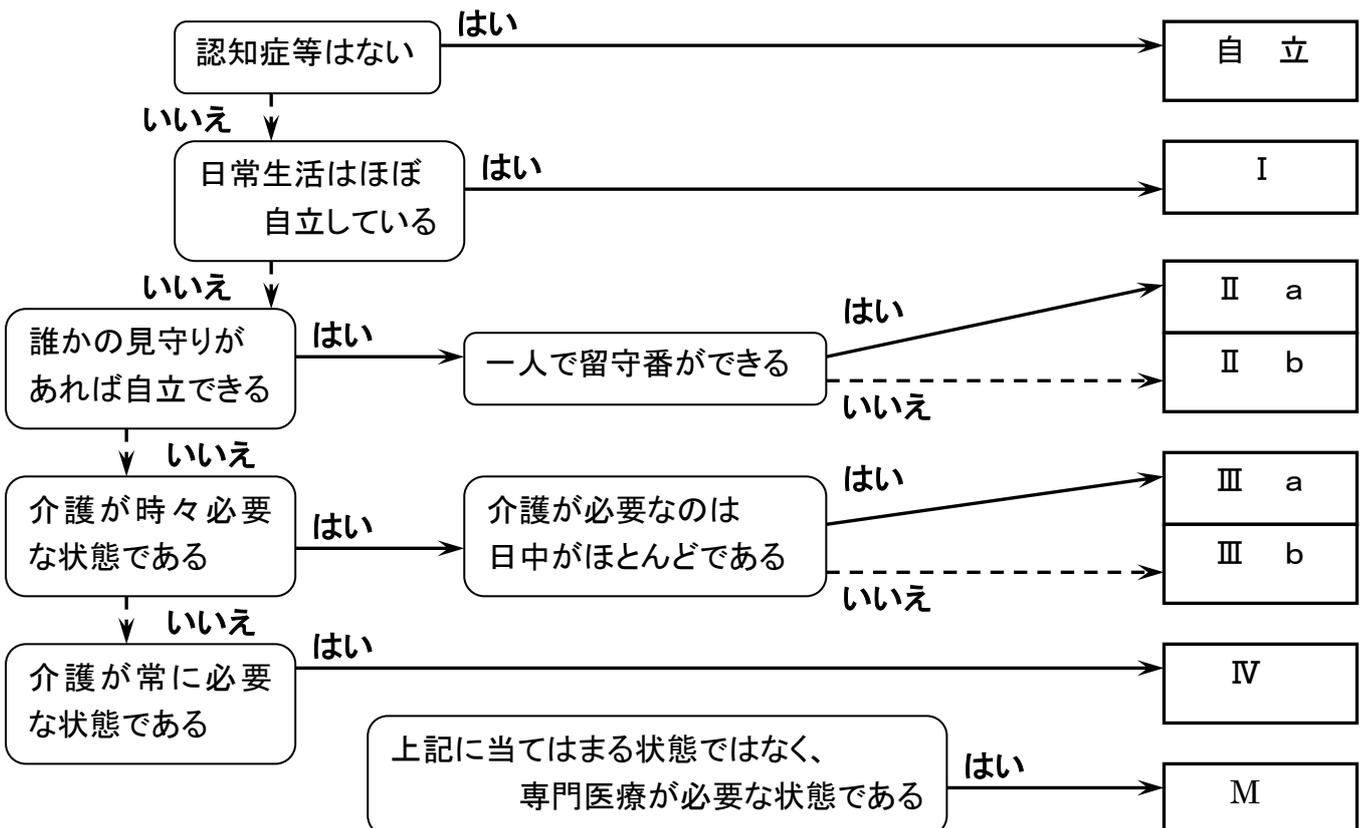
内科 ・ 精神科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科 ・ 皮膚科
眼科 ・ 泌尿器科 ・ 婦人科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 歯科 ・ () 科)

2. 日常生活について、もっとも当てはまるとされる記号に、それぞれ○をつけて下さい。

【 お体の状態について 】



【 認知機能の状態について 】



3. お体の状態について、ご記入下さい。

- ①利き腕は、どちらですか？ (右利き ・ 左利き)
- ②身長と体重を教えてください。 身長()cm 体重()kg
- ③半年前と比べて、体重に増減はありますか？ (増加 ・ 維持 ・ 減少)
- ④手足や指などに欠損はありますか？ (ある【部位: 】 ・ ない)
- ⑤脳や神経の病気のために、動かしにくいところはありますか？
(ある【部位: 】 ・ ない)
- ⑥顔や手足で力が入らないところは、ありますか？
(ある【部位: 】 ・ ない)
- ⑦手足などの関節で、まっすぐ伸びない・しっかり曲げられないところは、ありますか？
(ある【部位: 】 ・ ない)
- ⑧手足の震えは、ありますか？
(ある【部位: ・状態】 ・ ない)
- ⑨皮膚が赤くなっていたり、床ずれになっていたりとするところは、ありますか？
(ある【部位: ・状態】 ・ ない)

4. 認知症による困った行動について、当てはまるものに○をつけてください。

- ①ほんの5分前ぐらいにおこなったことや見たものを覚えていますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ②日常生活において自分で判断できますか？
【 判断できる ・ やや困難 ・ 見守りが必要 ・ 判断できない 】
- ③自分の意思を他人に伝えることはできますか？
【 伝えられる ・ やや困難 ・ 時に伝えられる ・ 伝えられない 】
- ④実際にはないもの(人や虫など)が、見えたり聞こえたりしているようなことがありますか？
【 ある ・ ない 】
- ⑤事実にないような作り話を周囲に言いふらすことはありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑥お金や大切なものがなくなったとか、盗まれたとか言い張ることがありますか？
【 ある ・ ない 】
- ⑦夜眠らず、昼と夜が逆転していることはありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑧今までなかったような暴言を吐くことはありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑨今までなかったような暴力行為はありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑩介護や助言に対して、拒絶したり抵抗したりすることはありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑪目的なく動き回ったり、一人で外へ出たがったりして自宅に帰ることが出来ないことは
ありませんか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑫ガスやタバコの消し忘れなど、火の不始末はありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑬便を触ったり隠したり、尿を撒き散らすことはありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑭食べられないものを口に入れることはありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑮周囲が迷惑するような性的な言動や行為はありますか？ 【 ある ・ ない 】
- ⑯その他、介護で困っている問題行動はありますか？ 【 ある ・ ない 】
《あれば具体的に 》
- ⑰精神・神経症状で、専門医の診察を受けていますか？ 【 いる ・ いない 】

5. 普段の生活状況について、当てはまるものに○をつけて下さい。

① 家の外へは、外出されますか？

【 一人でも歩ける ・ 誰かの介助が必要 ・ 普段から外へは出歩かない 】

② 車椅子を使用していますか？

【 使用していない ・ 使用している 《 自分で操作している ・ 常に介助 》】

③ 歩行補助具(つえや老人車など)や装具を使用していますか？

【 使用していない ・ 外に出かけるときに使用 ・ 自宅内でも使用 】

④ 食事は自力で食べられますか？ 【 自立 ・ 見守りや時に介助 ・ 全面的に介助 】

⑤ 大便やおしっこを漏らすことはありますか？ 【 ある ・ ない 】

⑥ よく転ぶことがありますか？ 【 ある ・ ない 】

⑦ 以前よりも自力での移動が出来なくなってきましたか？ 【 ある ・ ない 】

⑧ 動悸や息切れはありますか？ 【 ある ・ ない 】

⑨ 外に出かけることがおっくうで、家に閉じこもっていますか？ 【 いる ・ いない 】

⑩ 意欲が低下して何もする気になれないことがありますか？ 【 ある ・ ない 】

⑪ 食べたり飲んだりする時に、むせたり飲みにくいことがありますか？ 【 ある ・ ない 】

⑫ 水分が十分に取れないことはありますか？ 【 ある ・ ない 】

⑬ 風邪を引きやすかったり、膀胱炎になりやすくなったりしていますか？【 はい ・ いいえ 】

⑭ がん等の病気による強い痛みはありますか？ 【 ある ・ ない 】

6. 現在利用している医療からのサービスがあれば、○をつけて下さい。

また、今後利用したいと思っているサービスがあれば、△をつけて下さい。

() 訪問診療

() 訪問歯科診療

() 訪問看護

() 訪問歯科衛生指導

() 訪問リハビリ

() 訪問薬剤管理指導

() 通所リハビリ【デイケア】

() 訪問栄養食事指導

() ショートステイ

7. 最後の大切な質問です。認知症の介護をする際に、介護に時間がかかったり、困ったりしていることを、具体的にご記入下さい。

ご協力いただき、ありがとうございました。