**家族の方や介護の方への問診票**

回答者 患者さんとの続柄

記入日　　　　年　　月　　日

**以下の質問に、記入もしくは該当する症状に○をつけて下さい。**

**１　認知症状の始まりやその後の経過**

　①　もの忘れなどの認知症状はいつ頃から始まりましたか。

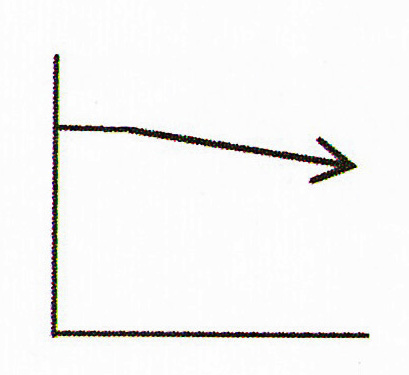
　　年前、　　ヶ月前、あるいは　　年　月頃

　②　もの忘れなどの認知症状の始まりの様子はどうでしたか。

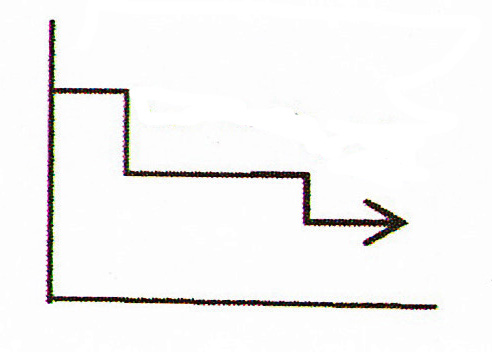
( ) ゆっくりといつの間にか発症

（　）2〜3ヶ月の間に発症

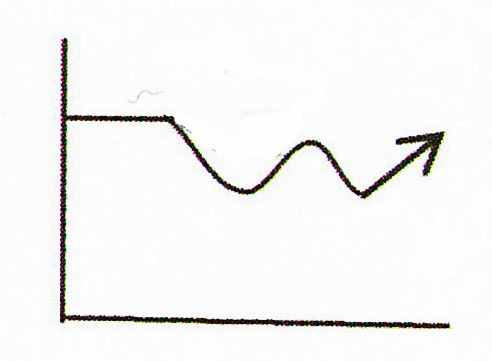
　　　　 ( ) 急に発症(1日〜数日)

　③　症状の進み方はどうですか。

（　）半年以上かけて、ゆっくりと進行

 （　）急に階段状に悪化を繰り返す

（　）認知症状が1日の間でも大きく変動。

 　　ハッキリしている時とボォーとして理解や

　　言動が悪い時の差が大きい。

**2 これまでに脳卒中などの脳の病気にかかられた事がありますか。**

（　）いいえ （　）脳梗塞　（　）脳出血　（　）くも膜下出血

（　）その他

**3　もの忘れの症状**

（　）人の名前や言葉がすぐに出てこない。

（　）置き忘れて、よく捜し物をしている

（　）鍵やカードなど大切なものを失うことが度々ある。

（　）最近の出来事をおぼえていない。

（　）数時間前のことも覚えていない。

（　）何度も同じ話をしたり、尋ねたりする。

（　）約束の時間や待ち合わせ場所をよく忘れてしまう。

（　）薬の飲み忘れ、火の消し忘れなどがよくある。

**４　会話や文字を書く時にみられる症状**

（　）言葉が思い浮かばず、『あれ、これ』が多くなった。

（　）少し込み入った話になると理解ができていない。

　　 （　）話のつじつまがあわない。

　　 （　）年賀状や手紙など、字を書かなくなった、もしくは書けない。

（　）よく使われている言葉（利き手など）の意味がわからない。

**５　以前はできていた、一連の作業による仕事や家事**

（　）仕事などの段取りが悪くなった

（　）メニューを決め、料理を作ることが出来なくなった

（　）1人で乗り物を使った外出ができない。

（　）金銭やお薬の管理などがルーズになった、出来なくなった。

**６　器具や道具の使用や衣類を着る際の症状**

（　）これまで使用していた電気機器や道具（リモコンやパソコン、 　　　電子レンジなど）が使えなくなった。

（　）服の上下や前後を間違え、服をきっちり着られない。

**７　認識を誤る症状**

（　）行き慣れた道で迷う。（歩行、車など）

（　）デパートなどで、トイレに行くと元の場所に戻れない。

（　）今日が何月か、あるいは季節が分からない

（　）今居る場所がどこであるか、良く理解できていない。

（　）家族やよく知った知人の顔をみても誰だか分からない。

**８　発症の早い段階からみられる、異常な判断や行動症状**

（　）　以前はなかった非常識な行動がみられる。

（　）社会的マナーやルールを無視する。

（　）性格や人柄が大きく変わってしまった。

（　）感情の起伏がなくなり、無感情になった。

（　）洗面、入浴や身だしなみなどを行わなくなった。

**９　注意力の症状**

（　）集中力がかなり悪く、すぐに気がそれてしまう。

（　）一つに注意が集中して、他のことに目が向けられない。

**10　睡眠の症状**

（　）夜間に不眠の訴え

（　）昼間に眠ってばかりいる

（　）夢を見て、大声で叫び声を挙げたり、起き出して行動する

**11　精神の症状**

｛　｝何事にも関心がない、意欲がない

（　）不安感が強い

（　）些細なことで泣き出したり、死にたいと言ったりする

（　）被害妄想（もうそう）や嫉妬妄想がある

（　）夜間にもうろうとなり、理解や言動が悪くなる

（　）人や虫など、居ないものが見える

（　）何もないのに人の声などが聞こえる

（　）世話をされるのを拒否する

（　）室内や外で目的もなく歩きまわる

（　）自宅にいるのに家に帰るとか、仕事を辞めているのに仕事に 　　　出かけようとする

（　）些細なことで怒り出す

（　）すぐに暴力をふるう

（　）食べ物の偏りがひどい、食べられないものを食べようとする

**12　身体の症状**

（　）難聴がつよく、聞き取れない

（　）視力がわるく、ほとんど見えない

（　）歩行時によくふらつく

（　）よく転倒する

（　）立ちくらみがしばしばある

（　）気を失うことがある

（　）半身の手足が不自由である

（　）ろれつが回りにくい、水や食べ物の飲み込みがわるい

（　）手や足に震え（ふるえ）がある

（　）以前に比べて、かなり歩行や動作が遅くなっている

（　）排尿が間に合わないことがよくある

（　）夜間に頻回にトイレに行く

**13　『脳に作用する薬』に対する反応性**

　　　　（　）効き過ぎて、ボォーとして起きれないことがしばしばある。

（　）副作用が出やすい、動作が緩慢になる。

**14　介護の状況:**

同居家族：　　人、構成（ ）

介護保険：（　）申請していない、要支援（　）、要介護（　）

活用しているサービス；活用しているサービスに○、日数を記入

　　　　　（　）デイサービス：週（　）日、デイケア　週（　）日

　（　）ショートステイ

　　　　　（　）訪問看護 　回/月

　（　）訪問リハビリ 　回/週

　（　）訪問介護　　　　　回/週

　（　）訪問薬剤管理

　（　）訪問歯科

　（　）民生委員

　（　）その他（ 　 ）

**15 その他に、気になる症状や心配なことあればご記入下さい。**