

精神状態（認知症状）調査票

ご利用者の精神状態・認知症状につきまして、ご記入戴きますようお願い申し上げます。
現在の生活上で、実際に該当する項目にチェックをお願い致します。（有りの場合、（ ）内にご回答下さい。）

記入日 令和 年 月 日

ご記入者

ご利用希望者氏名

（続柄・関係）

認知 症状	1. 認知症状があると診断された	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り（ 年 月頃）
		<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型
	2. 長谷川式スケールの実施 （MMSE等の他実施でも可能です）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り 点（ 年 月現在）
	3. 物忘れ・日時がわからない	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない
	4. ひとりで買い物ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	5. うつ症状	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	6. 場所がわからない	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	7. ひとりで入浴ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	8. トイレの処理ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
精神 症状	9. 家族がわからない	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない
	10. 独語 ※具体的内容・声の大きさ・頻度をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	11. 昼夜逆転（不眠）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	12. 妄想（物盗られ・帰宅願望・見捨てられる）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	13. 幻覚（幻聴・幻視）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
行動 障害	14. 攻撃性（暴言・暴力・怒りっぽい）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	15. 大声・奇声 ※頻度と対処方法をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	16. 徘徊（目的もなく動き回る） ※頻度・対処方法をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	17. ひとりで外に出ようとする ※頻度・対処方法をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	18. 収集癖 ※具体的な内容・頻度・対処方法をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
そ 他	19. 不潔行為（オムツいじり等） ※具体的な内容・頻度・対処方法をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	20. 車椅子・ベッドから降りる・転倒・転落 ※頻度・対処方法をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	22. 介護への抵抗 ※具体的な内容・頻度・対処方法をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 有り
	22. 向精神薬を服用している ※薬剤の名前をご記入下さい。（ ）	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り

※その他、お気づきの点がございましたらご記入願います。