**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。**