

7.	次の症状がありますか？ある場合、□にチェックをつけ、()に部位や程度をご記入ください。	
	□手足等の麻痺	□筋力の衰え
	□関節の痛み	□床ずれ
	□皮膚	
	()	()
8.	生活機能を教えてください。□にチェックをつけてください。	
	①屋外歩行	□一人で行ける □介助があればできる □していない
	②車いす	□使っていない □自分で操作している □他人に押しってもらう
	③杖・手押し車等	□使っていない □屋外で使用している □屋内でも使用している
	④食事	□自分で(なんとか)食べられる □全面的に介助してもらう
	⑤その他	□尿もれ □転倒しやすい □意欲低下 □低栄養 □水等がむせやすい
9.	理解や記憶について教えてください。□にチェックをつけてください。	
	①日常生活で物事を自分で決める(判断する)ことができますか？	
	□できる	□大体できる
	□あまりできない	□全くできない
	②自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？	
	□伝えられる	□大体伝えられる
	□あまり伝えられない	□全く伝えられない
10.	物忘れの程度(認知機能)について教えてください。「一つ」だけ選んで□にチェックをつけてください。	
	□もの忘れはなく、特に気になる症状はありません。	
	□もの忘れは少しあるが、日常生活は家庭内、社会的にほぼ自立しています。	I
	□もの忘れが多少進んでおり、家庭外での支障(たびたび道に迷う、買い物や事務、金銭管理等にミスが目立つ等)があるが、誰かが注意していれば生活できます。	II a
	□もの忘れが多少進んでおり、家庭内でも支障(服薬管理ができない、一人で電話番号や留守番ができない等)があるが、誰かが注意していれば生活できます。	II b
	□日中を中心に時々、異常行動(例：着替え、食事、排尿排便がうまくできない。失禁・大声・奇声・火の不始末・不潔行為・徘徊等)があり、介護が必要です。	III a
	□夜間を中心に、時々、上記例の異常行動があり、家族が夜に起こされる。	III b
	□昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることもできません。常に介護を必要とします。	IV
	□専門医を必要とする被害妄想、暴力、落ち込みなどの精神症状があります。(家族の手におえない)	M
11.	ご本人に行動障害がある場合、□にチェックをつけてください。	
	□幻視(実際にいない人、虫、動物が見える)	□幻聴(そこにいない人の声や音が聞こえる)
	□被害妄想(金品を盗まれた等)	□昼夜逆転
	□介護者に暴言を吐く	□介護への抵抗
	□徘徊(目的なく外を歩き回る)	□火の不始末
	□不潔行為(便を触ったり、まき散らしたり)	
	□異食行動(通常食べられないものを食べる)	□性的問題行動
12.	介護するうえで介護者がお困りのこと、主治医の先生が分かりづらい家庭での生活の様子や直近の変化など、主治医の先生に知ってもらいたいことがあれば記入ください。	

ご協力ありがとうございました。

※提出窓口や提出方法が指定されている病院がありますので、事前にご確認ください。