問診票

記入日　　　　年　月　日

記入者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日  (年齢) | 年　 月　 日  ( )歳 |
| 独居の有無 | はい・いいえ | 就労 | 有・無 | 居住している市町村名 |  |

1. 健康状態について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 現在治療中の疾病 | 疾病名 | 投薬・治療状況 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 介護の状況 | 1. 介護の状況   （要支援１・２　要介護１・２・３・４・５）・（未申請）・（申請中）・（給付対象外） | |
| 1. 訪問介護・看護・リハビリ等サービスの利用   　有　・　無 | |
| 1. 身近な人で介護の必要な人はいますか。   （続柄：　　）（要支援１・２、要介護１・２・３・４・５、申請中、未申請、給付対象外） | |

|  |  |
| --- | --- |
| 続柄 | 現在の状況 |
| 例）配偶者 | 近隣に在住しているか・就業状況など |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（2）ご家族について

（３）生活について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 閉じこもり度 | ①1日を誰と過ごすことが多いですか。  １，家族 ２，友人・知人 3，ほとんど一人 | 【備考欄】　　　　　　　　　　　　　　　　  **＜ 参考値 ＞**  **清酒１合（180ml）は、次の量にほぼ相当します。**  ビール・発泡酒中瓶１本（約500ml）  焼酎２０度（135ml）  焼酎２５度（110ml）  焼酎３５度（80ml）  チュウハイ（350ml）  ウイスキーダブル１杯（60ml）  ワイン２杯（240ml） |
| ②　通院・買い物以外での週当たりの外出機会はどのくらいですか。  1. 1回未満  2. 1回から3回  3. 4回以上 |
| ③　外出の理由  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④　主な交通手段  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **経済** | 1. 家計のやりくりに困ることがありますか。   いいえ　　　　　　　　　　　　はい  1　 　 2　 　 3　 　 4　 5 |
| 精神面 | 1. 自分が活気にあふれていると思いますか。   いいえ　　　　　　　　　　　　はい  1 　 　2　 　 3　 　 4　 5 |
| 1. 健康に不安を感じることがありますか。   いいえ　　　　　　　　　　　　はい  　1 　 　2　 　 3　 　 4　 5 |
| 1. 悩みや困りごとを相談できる相手がいますか。   １．いる(続柄：　　)　 2. 心当たりがある  3. わからない 　　　 4. いない |
| 1. 睡眠や休日は十分に取れていますか。   十分とれている・やや不足気味・不足している |
| 環境面 | 1. 規則正しい生活は送れていますか。   送れている・ほぼ送れている・不規則になりがち |
| 1. 食事は誰が作りますか。   1.自分（自炊） 2. 家族（自分以外）  3. 誰かが作ったもの（スーパーの総菜・出前・外食） |
| ③　ごみは毎週出していますか。  はい 　・　いいえ |
| ④　入浴（またはシャワー）はしていますか。  1,毎日　2,時々する　3,ほとんどしない |
| ⑤　喫煙はしますか。  はい（ 　 本/日　 　年前から）・いいえ |
| ⑥　週に何日位お酒を飲みますか。  1,毎日飲む  2,週4－5回程度  3,週2－3回程度  4,週１回程度  5,ほとんど飲まない（飲めない） |
| ⑦　お酒を飲む日は一日どのくらい飲みますか。  1, 0合  2, １合（１８０ｍｌ）未満  3, １合以上２合（３６０ｍｌ）未満  4, ２合以上３合（５４０ｍｌ）未満  5, ３合以上４合（７２０ｍｌ）未満  6, ４合以上５合（９００ｍｌ）未満  7, ５合（９００ｍｌ）以上 |

（4）Short-form UCLA 孤独感尺度(第3版)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * 1. 人との付き合いがないと感じることがありますか。   1, ほとんどない 2，時々ある 3, よくある |  |
| * 1. 自分は取り残されていると感じることがありますか。   1，ほとんどない 2，時々ある 3, よくある |
| * 1. 自分は他の人たちから孤立していると感じることはありますか。   1，ほとんどない 2，時々ある 3, よくある |

|  |
| --- |
| その他共有する情報あれば記載（例）趣味・社会資源の希望など |

長谷川式認知症スケール

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 質問項目 | | | | | | | 配点 | 設問の目的 |
| 1,ご年齢はいくつですか？（2年までの誤差は正解） | | | | | | | 0　1 | 記憶 |
| 2,今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？  （年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ） | | | | | | 年 | 0　1 | 時の見当 |
| 月 | 0　1 |
| 日 | 0　1 |
| 曜日 | 0　1 |
| 3,私たちが今いるところはどこですか？  自発的に出れば2点、5秒置いて、家ですか？病院ですか？施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点。 | | | | | | | 0　1　2 | 即時再生 |
| 4,これから言う3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますので、よく覚えておいてください。  （以下の系列いずれか1つで、採用した系列の丸印をつけておく）  1: a)桜 b)猫 c)電車 2:a)梅 b)犬 c)自転車 | | | | | | | 1. 1 2. 1   0　1 | 計算力  注意力 |
| 5,100から7を順番にひいてください。（100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合打ち切る。） | | | | | | 93 | 0　1 | 計算力  注意力 |
| 86 | 0　1 |
| 6,私がこれから言う数字を逆から言ってください。(6-8-2,3-5-2-9)(3桁逆唱に失敗したら打ち切る。) | | | | | 2-8-6 | | 0　1 | 記銘力  注意力 |
| 9-2-5-3 | | 0　1 |
| 7,先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。（自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点）  a)植物 b)動物 c)乗り物 | | | | | | | a)0 1 2  b)0 1 2  c)0 1 2 | 遅延再生 |
| 8,これから5つの品物を見せます。それを隠しますので、何があったか言ってください。(時計、鍵、はさみ、鉛筆、硬貨など必ず相互に無関係なもの) | | | | | | | 0　1　2  3　4　5 | 記銘力 |
| 9,知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。  答えた野菜の名前は下欄に記入する。途中でつまり約10秒待っても出ない場合はそこで打ち切る。  5個までは0点、6個=1点、7個=2点、8個＝3点、9個＝4点、10個＝5点 | | | | | | | 0　1　2  3　4　5 | 発語の流暢性 |
|  |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  | | |  |
| ※満点は30点、20点以下は認知症の疑いあり。 | | | | 合計点 | | |  |

（長谷川和夫先生著「よくわかる認知症の教科書」から）