

問診票 B

本人のお名前： _____

●ご記入されている方はどなたですか？ 本人 本人以外（続柄）：

●介護保険は申請していますか？ はい いいえ

「はい」と答えた方へ

・介護区分（要支援 要介護）（1 2 3 4 5） 申請中

・担当のケアマネージャーを教えてください。

居宅介護支援事業所名：

担当者名：

・現在、使っているサービスはありますか？ ある ない

「ある」と答えた方へ

利用しているサービスについて教えてください。

デイサービス ヘルパー 訪問看護 ショートステイ その他（ _____ ）

●日常生活の様子についてお尋ねします。当てはまる欄に✓を入れてください。

※回答者： 本人 本人以外

	感じない	感じ少し	感じる	とても感じる
物忘れが多いと感じますか				
1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか				

	全くない	時々ある	頻繁にある	いつもそう
財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなる場所がありますか				
5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか				
自分の生年月日がわからなくなることがありますか				
今日が何月何日かわからないときがありますか				
自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか				

裏面へお進みください。

	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	全く できない
電気や水道やガスが止まってしまったときに、自分で適切に対応できますか				
1日の計画を自分で立てることができますか				
季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか				
1人で買い物に行けますか				
バスや電車、自家用車などを使って1人で外出できますか				
貯金のお出し入れ、家賃や公共料金の支払いは1人でできますか				
電話をかけることができますか				
自分で食事の準備はできますか				
薬を決まった時間に決まった分量をのむことは自分でできますか				
入浴は1人でできますか				
着替えは1人でできますか				
トイレは1人でできますか				
身だしなみを整えることは1人でできますか				
食事は1人でできますか				
家の中での移動は1人でできますか				

※ご本人が記載されている場合はここまでとなります。お疲れ様でした。

●ここからは、ご本人様の日常生活をサポートしている方にうかがいます。

回答者 氏名： _____ (続柄)：

回答されている方から見て、ご本人に当てはまるところに✓を入れてください。

	全くない	ない ほとんど	時々ある	よくある	常に ある
同じことを何度も聞く					
よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりしている					
日常的な物事に関心を示さない					
特別な理由がないのに夜中起きだす					
特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける					
昼間、寝てばかりいる					
やたらに歩き回る					
同じ動作をいつまでも繰り返す					
口汚くののしる					
場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする					
世話されるのを拒否する					
明らかな理由なしに物をため込む					
引き出しやタンスの中身を全部出してしまう。					

★お疲れさまでした。受診時に受付に提出してください。