

アネックス湊川ホスピタル 認知症チェックシート

患者氏名	生年月日	ID
実施日 年 月 日	場所：外来 入院時 病棟 訪問 他	
身長	体重	体温
血圧	脈	



■最近1か月の御本人の状態について、御本人または御本人を最もよく知る方にお聞きします。

該当項目に○をつけてください。 お答えいただいたのは（御本人・御家族 など）

No	質問	1点	2点	3点	4点
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	ない	時々ある	頻繁にある	いつもそうだ
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	ない	時々ある	頻繁にある	いつもそうだ
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	ない	時々ある	頻繁にある	いつもそうだ
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか。	ない	時々ある	頻繁にある	いつもそうだ
5	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。	ない	時々ある	頻繁にある	いつもそうだ
6	道に迷って家に帰って来られなくなることがありますか。	ない	時々ある	頻繁にある	いつもそうだ
7	電気やガスや水道が止まってしまった時に、自分で適切に対処できますか。 ※電気会社に連絡をしたり、滞納している料金を払いに行くなど。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
8	一日の計画を自分で立てることができますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
9	季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
10	一人で買い物はできますか。 ※一人で必要なものを必要な量だけ買うことができますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
11	バスや電車、自家用車などを使って、一人で外出できますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
12	貯金の出し入れ、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
13	電話をかけることができますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
14	自分で食事の準備はできますか。 ※食材を調理したり総菜を購入して準備すること。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むことはできますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない

16	入浴はひとりでできますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
17	着替えは一人でできますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
18	トイレは一人でできますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
20	食事は一人でできますか。 ※介助なしで食べることができますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
21	家の中での移動は一人でできますか。	できる	だいたいできる	あまりできない	できない
	小計	1点×( ) =( )	2点×( ) =( )	3点×( ) =( )	4点×( ) =( )
	合計点	DASC-21			/84点

DASC-21©地方独立法人東京都健康長寿医療センター研究所※補足説明を追記

■情緒面について、下記のようなことがありますか。該当項目に○をつけてください。

No	質問	ほとんどない	たまにある	時々ある	よくある
1	いつもイライラしている	0	0	0	1
2	暴力をふるう	0	0	0	1
3	落ち込んで雰囲気暗い	0	0	0	1
4	やる気がなく何もしようとしない	0	0	1	2
5	興奮して大声でわめく	0	1	2	3
6	昼夜逆転して困る	0	2	4	6
7	怒りっぽく暴言を吐く	0	2	4	6
8	幻覚や妄想がある	0	2	4	6
9	食事やトイレの異常行動がある	0	3	6	9
10	家中や戸外を徘徊して困る	0	3	6	9
	合計点	ABS			/44点

(阿部式 BPSD スコア ※質問順変更)

アネックス湊川ホスピタル 2018年9月版

本日、最も相談されたいことは、どんなことですか？

## 問診票

ご記入日：(令和・西暦) .....年.....月.....日

患者様氏名：.....

生年月日：(明治・大正・昭和・西暦) .....年.....月.....日

記載者氏名：..... 患者様との続柄：.....

以下の質問は、患者様とご家族様に充実した診療を提供させて頂くための重要な情報となります。  
御手数ですが、当てはまる項目に☑を入れてください。また空欄にはその内容を具体的にお書きください。  
ご協力の程、よろしくお願いいたします。

●当院を受診された目的を教えてください。

診断をつける  お薬の調整  通院の希望  入院の希望

他の医療機関から受診をすすめられた  介護保険の申請  成年後見制度の利用

その他：.....

●受診はどなたが希望されましたか。

本人  家族  ケアマネージャー (介護に携わる人)  その他：.....

●今回、受診を希望された症状はどのようなものですか。また、どのようなことでお困りですか。

もの忘れ  性格が変わった  気分が落ち込んでいる  ぼんやりしている

やる気がない、元気がない  怒りっぽい、いらいらしている  睡眠がうまくとれない

言葉がしゃべりにくい  周囲の人には見えないものを、見えていると言う

真実ではない考えを確信して訴える (例えば：物を盗られた、浮気をしている など)

その他：.....

➔その内容を詳しくご記入ください。(ご持参された資料やメモ書き等のご提示でも結構です)

⇒これらの症状は、いつからどのように始まりましたか。

.....歳頃から (.....年.....月.....日頃から)

突然起こった 徐々に (だんだん) 起こってきた その他: .....

⇒これらの症状は、どのように変化 (経過) していますか。

悪くなっている 改善している 変動がみられる 以前からあった

⇒この症状のため、どちらかの医療機関を受診しましたか。

いいえ

はい ..... (病院・診療所・クリニック) .....科

<以下は患者様の生活状況やこれまでの出来事などについて伺います。>

●これまでご結婚をされたことはありますか。

ない ある (配偶者も健在・死別した・離婚した)

●お子様はいますか。いらっしゃる場合は人数もご記入ください。

いない いる .....人

●患者様の兄弟姉妹は何人で、そのうち何番目ですか。

いない いる .....人中.....番目

⇒兄弟姉妹を上から順にご記入ください。(例えば: 兄、姉、姉、本人、妹、弟 など)

.....

●ご出身はどちらですか。 ..... (都・道・府・県) ..... (市・区・町・村)

●これまでお仕事をされたことがありますか。

ない

ある .....歳 ~ .....歳まで 職業: .....

.....歳 ~ .....歳まで 職業: .....

.....歳 ~ .....歳まで 職業: .....

⇒次のページへ

●最後に出了学校名をご記入ください。また、小学校1年生から数えて何年間学校に通いましたか。

学校名： .....

通学年数： .....年 (例えば：小学校卒業→6年、中学校卒業→9年、高等学校卒業→12年)

●趣味や特技はありますか。

ない ある 内容： .....

●元々のご性格について、当てはまると思うものに☑を入れてください。

その中で一番当てはまるものを○で囲ってください。

社交的 一人の方が好き まじめ 横着 責任感が強い 心配性

マイペース 職人気質 おおらか 頑固 優柔不断 短気

無口 見栄っ張り 嫉妬深い 気難しい その他： .....

●これまでかかった病気はありますか。

当てはまるものがあれば、その時の年齢や治療を受けた医療機関をご記入ください。

高血圧症 .....歳： .....病院 糖尿病 .....歳： .....病院

高脂血症 (コレステロールや中性脂肪の異常) .....歳： .....病院

不整脈・心疾患 .....歳： .....病院

気管支喘息・肺炎・慢性の呼吸器疾患 .....歳： .....病院

甲状腺の病気 (ホルモンの異常) .....歳： .....病院

脳卒中 (脳出血、脳梗塞など) .....歳： .....病院

その他： .....

●上の質問でお答えいただいた病気の他に、大きなけが、手術、入院をしたことはありますか。

当てはまるものがあれば、その時の年齢や治療を受けた医療機関をご記入ください。

脳 (神経) の手術 心臓 (血管) の手術 内視鏡やがん (胃の切除など) の手術

骨折 その他： .....

病名： .....歳： .....病院

病名： .....歳： .....病院

病名： .....歳： .....病院

病名： .....歳： .....病院

●以下に当てはまるようなお体の病気や不調はありますか。

- 難聴(右・左・両側)    視力障害(右・左・両側 白内障・緑内障・その他: \_\_\_\_\_)
- 歩行が困難    便秘    下痢    食欲の変化(減った・増えた・その他: \_\_\_\_\_)
- 排尿の問題 (おしっこが出にくい・尿漏れ・その他: \_\_\_\_\_)

●利き手はどちらですか。    右    左

●常用しているお薬や市販薬・サプリメントはありますか。

- 医療機関で処方されたお薬がある。

⇒お薬手帳やお薬説明文書があれば、それをご提示ください。お持ちでない場合、お分かりの範囲でご記入ください。(例えば: 高血圧の薬、アムロジピン? など)

.....

.....

- 薬局や通販で購入したお薬・サプリメントなど \_\_\_\_\_

●今まで薬や注射でじんましんが出たり体調が悪くなったりしたことがありますか。

- ない    ある: \_\_\_\_\_

●お酒は飲んでいますか。

- 飲んでいない (飲めない)

- 飲んでいる    飲んでいたがやめた \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳まで

⇒種類 (ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー・ワイン・その他: \_\_\_\_\_)

一日 \_\_\_\_\_ ml ( \_\_\_\_\_ ) (週・月) に \_\_\_\_\_ 日・機会飲酒

●タバコは吸っていますか (吸っていましたか)。

- 吸っていない

- 吸っている    吸っていたがやめた \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳まで    一日 \_\_\_\_\_ 本

●その他に、気になることがあればご記入ください。

.....

.....

.....

以上です。ご協力ありがとうございました。