

# 認知症症状問診票

フリガナ  
氏名

宮城県認知症疾患医療センター(南浜中央病院)

## 【脳卒中歴】

脳内出血  なし  あり  
身体的障害(麻痺)  なし  あり  
 頭痛  めまい  耳鳴り  しびれ  手の震え (頻度)

## 【物忘れ/記憶障害】

様子がおかしいと思いはじめたのはいつ頃か(年のせいかな...程度でもよい)→ \_\_\_\_\_  
契機にするような環境変化はあったか  なし  あり  
症状は日常生活に  支障なし  支障あり  
症状は昨年(半年前)と比べて悪くなった感じはある  なし  あり  
近時記憶  覚えている  言われると思い出す  すぐ忘れる  
昔(学生時代、戦争体験、仕事の経験)のことがばり話す  話す  話さない

## 【見当識】

日付  わかる  わからない  
時間  わかる  わからない  
季節  わかる  わからない  
場所  わかる  わからない  
家に帰ると言う  言わない  言う  
人物  わかる  わからない

## 【判断力・実行機能】

目的に合わせた行動ができなくなっていないか  できる  できない  
(例: 献立に合わせた材料を用意できるか、など)  
計画を立てて行動すること、順序立てて行動することはできているか  できる  できない  
(例: 旅行や病院などへ行く為に計画的に行動できるか、など)  
賞味期限の管理はできているか  できる  できない  
(女性)料理の献立を考えることができず、同じ献立が繰り返されることはあるか  ない  ある  元々しない  
(女性)料理の盛り付け方が明らかに見た目などおかしいと感じたことはあるか  ない  ある  元々しない  
買い物は一人でできるか  できる  できない  
お金の管理  できる  少し低下  できない、元々しない  家族( )  
車を運転  していない  している  
信号無視や速度の出し過ぎなどの運転行動障害はないか  ない  ある  
タクシーやバスを利用して外出  できる  一人ではできない  元々利用したことはない  
今まで普通にできていたことに時間を要したり、不確かになった  ない  ある

## 【失行】

着衣失行  ない  ある  
失読  問題ない  読めない・読めなくなった  元々読まない  
失書  問題ない  書けない・書けなくなった  元々書かない  
観念失行  問題ない  問題あり

## 【失語】

失名詞  ない  ある

## 【食事状況、食行動の異常】

食欲  過食  普通  食欲低下  不食  
飲み込み状態  むせ込み  問題ない  ある  咳き込み  問題ない  ある  
摂取状況  自力摂取  汚したり、こぼしたりする  介助が必要  半側無視がある  
異食  ない  ある  
拒食  ない  ある  
嗜好変化  ない  ある  
偏食  ない  ある  
味覚の変化  ない  ある

【精神状態】		下記に具体的なエピソードを記入	
感情の起伏	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
盗られ妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
侵入妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
幻の同居人	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
嫉妬妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
被害妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
被毒妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
独語	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
夕暮症候群	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
易怒・焦燥感	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
攻撃性	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
不安	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
抑うつ状態	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
自発性の低下	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
幻聴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
幻視	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
パーキンソン症状	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
錯視	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
脱抑制・逸脱行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
常同行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
【自律神経状態】		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
	<input type="checkbox"/> 寝汗 <input type="checkbox"/> 多汗 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 頻尿(過活動性膀胱) <input type="checkbox"/> 起立性低血圧		
【睡眠障害】			
夜間せん妄	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(	)
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 眠れている <input type="checkbox"/> 時々起きるが再入眠可能 <input type="checkbox"/> 熟睡感がないと言う <input type="checkbox"/> 早朝覚醒する		
	<input type="checkbox"/> 何度も起きています <input type="checkbox"/> 不眠傾向 <input type="checkbox"/> 一度起きると眠れない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い		
目が覚めた時の様子	と表情は:	(	)
元々の睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
就寝時間は:	時頃	眠薬の使用:	なし・あり (
起床時間は:	時頃		)
夢を見てうなされていたり、隣の相手を叩いたりすることはなかったか(レム睡眠行動障害)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
いびき・無呼吸状態	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
昼間に居眠りをする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
【介護状況】			
排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々後始末に手助けが必要 <input type="checkbox"/> トイレ誘導にて可 <input type="checkbox"/> 時々失禁する <input type="checkbox"/> 頻繁に失禁する		
いつ頃からの失禁:	(	)	
尿意・便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿取りパット を使用 <input type="checkbox"/> ※交換は <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助		
拒否	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
便秘	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備は必要だが自力で行う <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 億劫がる <input type="checkbox"/> 拒否		
洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備は必要だが自力で洗う <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 億劫がる <input type="checkbox"/> 拒否		
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備は必要だが自力で行う <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 億劫がる <input type="checkbox"/> 拒否		
服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 飲み忘れ、飲み過ぎがある <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 飲んでいない		
歩行状態	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> おぼつかない・不安定・転棟リスク高い <input type="checkbox"/> 小刻み <input type="checkbox"/> 早歩き		
	<input type="checkbox"/> 一歩目が出ない <input type="checkbox"/> 止まったり、曲がったりが難しい <input type="checkbox"/> 支えが必要		
	<input type="checkbox"/> 立ち上がり困難 <input type="checkbox"/> 動作緩慢 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用		