

## 介護申請用問診票

少しの時間おつきあいください。

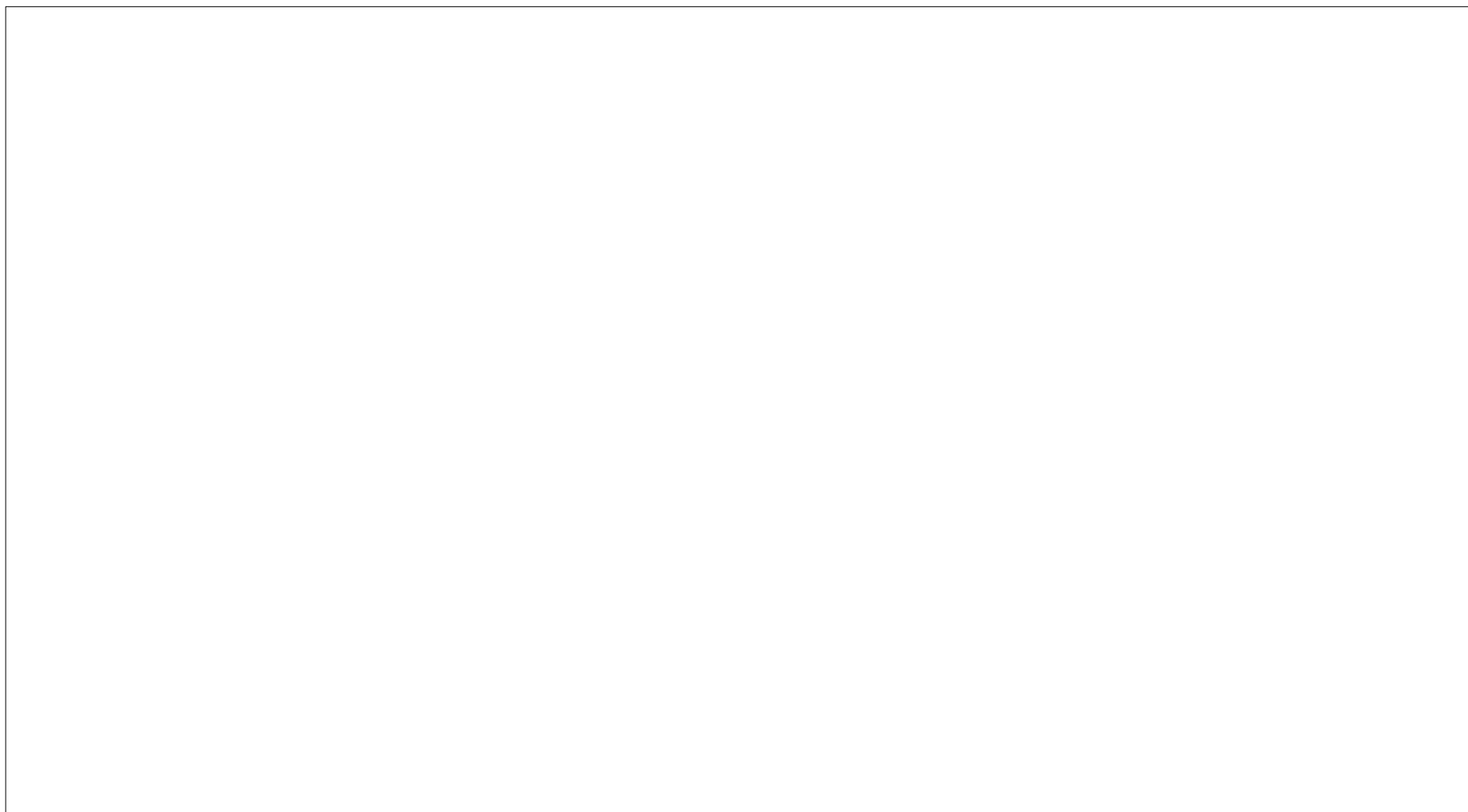
- (A-1)たまに道に迷ったりしますか？ (はい) (いいえ)
- (A-2)買い物が一人でできなくなりましたか？(必要のないものを買ってくる、同じものを買ってくる) (はい) (いいえ)
- (A-3)財布に小銭がたくさんたまっていて、お札ばかり出すようになりましたか？ (はい) (いいえ)
- (A-4)電話や訪問者との応対がうまくできない。 (はい) (いいえ)
- (A-5)薬を飲み間違えたり、飲み忘れたりする。 (はい) (いいえ)
- (A-6)着替えができなくなった。 (はい) (いいえ)
- (A-7)食事に時間がかかるようになった。 (はい) (いいえ)
- (A-8)トイレで失敗して床や下着を汚すようになった。 (はい) (いいえ)
- (A-9)なんでも口に入れたがる。 (はい) (いいえ)
- (A-10)なんでも拾い集めてくる。 (はい) (いいえ)
- (A-11)徘徊する。 (はい) (いいえ)
- (A-12)失禁するようになった。 (はい) (いいえ)
- (A-13)奇声を上げる。 (はい) (いいえ)
- (A-14)火の不始末がある。 (はい) (いいえ)
- (A-15)着ているものを脱ぎたがる。 (はい) (いいえ)
- (A-16)(6)～(15)の事柄は夜でも見られますか？ (はい) (いいえ)
- (A-17)(6)～(15)の事柄は目を離したらいつでも起こりそうですか？ (はい) (いいえ)

## もう少しで終わります。

- |                                                   |            |
|---------------------------------------------------|------------|
| (B-1)毎日の日課はできているが、ちょっと頼み事をしてはどうしていいか迷っている様子が見られる。 | (はい) (いいえ) |
| (B-2)毎日の日課でも合図や声掛けをしてやらないといけなくなった。                | (はい) (いいえ) |
| (B-3)毎日の日課もほとんどできなくなったようだ。                        | (はい) (いいえ) |
| (B-4)会話をしてもなかなか返事が返ってこない。どう答えていいかわからない様子だ。        | (はい) (いいえ) |
| (B-5)食べること、寝ること、トイレに行くこと以外はあまり自分から意思表示することがなくなった。 | (はい) (いいえ) |
| (B-6)仕草で何かしたいのかなとわかるが、自分からは言わなくなった。               | (はい) (いいえ) |
| (B-7)人や動物がいると言ったりする。                              | (はい) (いいえ) |
| (B-8)音や声がすると言う。                                   | (はい) (いいえ) |
| (B-9)亡くなって久しい人が来ていると言う。                           | (はい) (いいえ) |
| (B-10)誰かが部屋にあった物を持って行ったという。                       | (はい) (いいえ) |
| (B-11)昼と夜が逆転している。                                 | (はい) (いいえ) |
| (B-12)相手を罵ったりする。                                  | (はい) (いいえ) |
| (B-13)手を上げたり突いたりする。                               | (はい) (いいえ) |
| (B-14)言うことを聞かないだけでなく、それに逆らう行動もみられる。               | (はい) (いいえ) |

ありがとうございました。

そのほかにドクターにお伝えしたいことなどがありましたら以下にご記入ください。

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write any additional information they wish to convey to the doctor.