

主治医 様

## 家庭での状況について

日付 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_

回答者 \_\_\_\_\_

排泄について、あてはまる項目に✓または○印をご記入ください。

- 排泄は自立している (尿・便)
- 排泄の失敗がある、または介助が必要である (尿・便)

直近1か月で以下の症状がありましたら、✓を入れてください。その場合(毎日・週数回・月数回)に○印を入れてください。

- 「物を盗られた」「自分の食事だけがない」など被害的な訴えがある (毎日・週数回・月数回)
- つじつま合わせのような話、事実と異なる話、失敗を取り繕うような話をする (毎日・週数回・月数回)
- 突然笑いだしたり、泣き出したり、感情の不安定さがある (毎日・週数回・月数回)
- 夜間眠れずに翌日は日中に活動できない (毎日・週数回・月数回)
- しつこく同じ話をする (毎日・週数回・月数回)
- 周囲に迷惑になるような大声を出す (毎日・週数回・月数回)
- 介護に対して、手を払いのけたりして抵抗する (毎日・週数回・月数回)
- 「家に帰る」と言って落ち着きがない (毎日・週数回・月数回)
- 1人で外に出たがり、目が離せない (毎日・週数回・月数回)
- いろいろな物を集めたり無断で持ってくる (毎日・週数回・月数回)
- 物を壊したり、衣服を破いたりする (毎日・週数回・月数回)
- 置き場所を忘れたり、伝えたことを忘れる等で困っている、火の不始末がある (毎日・週数回・月数回)
- 独り言、独り笑いがある (毎日・週数回・月数回)
- 明らかに不適切な自分勝手な行動がある (毎日・週数回・月数回)
- 話しがまとまらず会話になりにくい (毎日・週数回・月数回)
- その他、認知症状や精神症状で困っていることがある (毎日・週数回・月数回)

（具体的に記入してください。）

- 特になし

小野市