

家庭での状況について

日付 月 日

本人氏名

回答者

★あてはまる項目に、☑をご記入ください。

- | | | | |
|-----------|---|--|----------------------------------|
| 1. 屋外歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助があればしている | <input type="checkbox"/> していない |
| 2. 車いすの使用 | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作 | <input type="checkbox"/> 主に他人が操作 |
| 3. 食事行為 | <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助 | |
| 4. 排泄行為 | <input type="checkbox"/> 自立(尿・便) | <input type="checkbox"/> 失敗があり介助が必要(尿・便) | |

★直近1か月で以下の症状がありましたら、番号を○で囲み、頻度にも○印を入れてください。

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| 1. 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする | (毎日・週数回・月数回) |
| 2. 実際にはありえない内容を確認をもって話す | (毎日・週数回・月数回) |
| 3. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある | (毎日・週数回・月数回) |
| 4. 暴言・暴行がある | (毎日・週数回・月数回) |
| 5. 介護者の助言や手を払いのけたりと介護に抵抗する | (毎日・週数回・月数回) |
| 6. 徘徊(目的なく動き回る)がある | (毎日・週数回・月数回) |
| 7. ガスコンロ等による火の不始末がある | (毎日・週数回・月数回) |
| 8. 排泄物を触りまき散らすなど不潔な行為がある | (毎日・週数回・月数回) |
| 9. 食べられない物を食べようとする | (毎日・週数回・月数回) |
| 10. 周囲が迷惑となるような性的な問題行動がある | (毎日・週数回・月数回) |
| 11. 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) |
| 12. しつこく同じ話をする | (毎日・週数回・月数回) |
| 13. 周囲に迷惑になるような大声を出す | (毎日・週数回・月数回) |
| 14. 家にいるが「家に帰る」と言い落ち着きがなくなる | (毎日・週数回・月数回) |
| 15. 一人で外に出たがり、目が離せない | (毎日・週数回・月数回) |
| 16. 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) |
| 17. 物を壊したり、衣服を破いたりする | (毎日・週数回・月数回) |
| 18. 置き場所を忘れたり、伝えたことを忘れる | (毎日・週数回・月数回) |
| 19. 独り言・独り笑いがある | (毎日・週数回・月数回) |
| 20. 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) |
| 21. 話しがあちこちにとぶ、話しがまとまらず会話にならない | (毎日・週数回・月数回) |
| 22. その他 | |

()