

外来を受診される患者様へ



この問診票は、外来を受診される患者様ご本人がお書きください

日付 () 年 () 月 () 日

お名前 (ふりがな)

生年月日 () 年 () 月 () 日 年齢 () 歳

今日はどのような症状があり受診されましたか

症状はいつからはじまりましたか

() 年 () 月ごろから () 歳から

何かきっかけになるような出来事がありましたか？具体的にお書きください。

※ 看護師が記載します

身長 () cm 体重 () kg
血圧 () / () mmHg 脈拍 () bpm
体温 () 度

老年期うつ尺度(短縮版) __ 日本版

The Geriatric Depression Scale – Short Form–Japanese (GDS-S-J)

Translated and Adapted by Morihiro Sugishita (杉下守弘) and Takashi Asada(朝田隆)(2008) from the Geriatric Depression Scale (GDS) in Sheikh JI and Yesavage JA. Clinical Gerontology, 5(1/2), 165–173, 1986. Copyright © 1986 by NY: The Haworth Press .

このインタビューでは、次に、あなたの感情について質問をいたします。お尋ねする質問のなかには、あなたに当てはまらない質問があるかも知れませんが、また、ある質問はあなたを不快にさせるかもしれません。今日を含め過去1週間の間に、あなたがどう思ったかに基づいて、各々の質問に対して、“はい”か“いいえ”で答えてください。

はい いいえ

- | | | | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あなたは、あなたの人生に、ほぼ満足していますか？ |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | これまでやってきたことや、興味があったことの多くを止めてしまいましたか？ |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あなたは、あなたの人生は空しいと感じていますか？ |
| 4. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | しばしば、退屈になりますか？ |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あなたは、たいてい、機嫌がよいですか？ |
| 6. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あなたに、何か悪いことが起ころうとしているのではないかと、心配ですか？ |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | たいてい、幸せだと感じていますか？ |
| 8. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あなたは、しばしば無力であると感じていますか？ |
| 9. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 外出して新しいことをするよりも、自宅にいるほうが良いと思いますか？ |
| 10. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | たいていの人よりも、記憶が低下していると思いますか？ |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 現在、生きていることは、素晴らしいことだと思いますか？ |
| 12. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あなたは、現在のありのままのあなたを、かなり価値がないと感じますか？ |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あなたは、元気一杯ですか？ |
| 14. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あなたの状況は絶望的だと、思いますか？ |
| 15. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | たいていの方は、あなたより良い暮らしをしていると思いますか？ |

この問診票には、患者様やご家族について**正確な情報**をお書きください

✦ 日付 () 年 () 月 () 日

✦ お名前 (ふりがな)

✦ 生年月日 () 年 () 月 () 日 ✦ 年齢 () 歳

✦ 国籍 (日本 ・ その他) その他の場合国名 _____

✦ 血液型 (A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明) Rh ()

ご本人について教えてください。

✦ 利き手 (右 ・ 左 ・ 両)

✦ 出身地 _____

✦ 最終学歴 _____ / 卒業 ・ 中退

✦ 婚姻歴 (未婚 ・ 既婚 < 結婚した年齢 : 歳 ・ 歳 > ・ 離婚 < 離婚した年齢 : 歳 >)

✦ 職歴 主な職業 _____ ・ 無職 ・ 主婦

現在も勤務 ・ 退職 < 退職した年齢 _____ 歳 >

退職した場合はその理由

物忘れ ・ それ以外 (_____)

現在あるいは最後に勤務していた所の名前 _____

✦ 食べ物や薬に対するアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

「はい」の方は、具体的に何に対して、どのような症状が出ますか。

・ 薬 () (症状 : ぜんそく ・ しっしん ・ その他 ())

・ 食べ物 () (症状 : ぜんそく ・ しっしん ・ その他 ())

・ その他 (ハウスダストなど)

() (症状 : ぜんそく ・ しっしん ・ その他 ())

✦ **今までに、何らかの病気にかかったことはありますか** （ はい ・ いいえ ）

◇ 「はい」の方は該当する病気に○をつけ、「初めて診断された時の年齢」を書き、「現在の治療の有無」をチェックしてください。

- ・ ____高血圧 () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____糖尿病 () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____高脂血症 () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____脳梗塞・脳出血 () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____心臓病 (病名) () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____肝臓病 (病名) () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____腎臓病 (病名) () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____甲状腺の病気 () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____結核 () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____がん (病名) () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____精神疾患 (病名) () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____神経疾患 (病名) () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____頭部外傷→意識は(失った・あった) () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____けいれん (てんかんも含む) () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____気管支ぜんそく () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)
- ・ ____出生時の異常
- ・ ____知的障害、発達の遅れ
- ・ ____その他 (けがも含む) () () 歳 現在の治療の有無 (はい ・ いいえ)

◇ **現在、薬を飲んでいますか** （ はい ・ いいえ ）

「はい」の方は、薬の名前を書いてください。

◇ 今までに手術を受けたことがありますか (はい・いいえ)

時期：() 年() 月頃 年齢：() 歳

理由(病名)：()

◇ 今までに輸血を受けたことがありますか (はい・いいえ)

時期：() 年() 月頃 年齢：() 歳頃

✦ タバコを吸ったことがありますか (はい・いいえ)

「はい」の方にお聞きます

◇ 現在タバコを吸っていますか (はい・いいえ <吸うのをやめた年齢： 歳>)

◇ 何歳頃からタバコを吸い始めましたか () 歳

◇ 現在あるいは過去のタバコの本数：1日() 本程度

✦ 家庭や職場やお店などで、他人のタバコの煙を吸う機会(1日1時間以上)はどのくらいありましたか？

- ・ 10代の頃(ほとんどない・月1～3日・週1～4日・ほとんど毎日・不明)
- ・ 30代の頃(ほとんどない・月1～3日・週1～4日・ほとんど毎日・不明)
- ・ 現在 (ほとんどない・月1～3日・週1～4日・ほとんど毎日・不明)

✦ お酒を飲みますか (はい・いいえ)

「はい」の方は、何をどの程度飲みますか。該当するものに○をつけてください。

◇ 日本酒・焼酎・泡盛・ビール・ウィスキー・ブランデー・ワイン・その他()
(発泡酒)

◇ 飲む頻度：月に1～2回・週に1～2日・週に3～4日・週に5～6日・毎晩・1日中

◇ 飲む量：1日() mL程度

❖ 患者様が女性の場合にお聞きます

◇ 初経年齢 () 歳 ◇ 月経周期 (規則的・不規則的)

◇ 月経前後で精神的に変化することがあります(した)か？ (はい・いいえ)

◇ 閉経 (はい・いいえ) 閉経年齢 () 歳

◇ 更年期障害の経験(はい・いいえ)

具体的な症状を教えてください()

◇ 今までに妊娠・出産した経験はありますか

妊娠 (はい・いいえ)

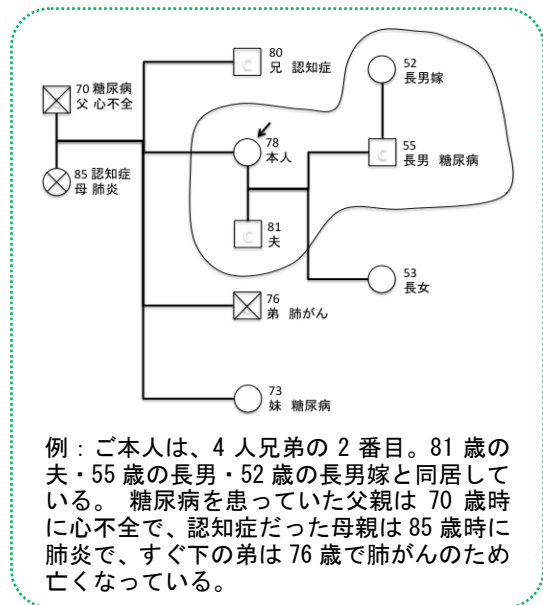
出産 (はい・いいえ)

出産したことのある方は、出産した時の年齢を教えてください

() 歳、() 歳、() 歳、() 歳、() 歳

ご家族について教えてください

- ・ 男性は□、女性は○で表し、ご本人に↓をつけてください。
- ・ それぞれに現在の年齢を書いてください。亡くなっている方には×をつけ、亡くなった年齢と死因を書いてください。
- ・ 現在ご本人と同居している方を○で囲んでください。一人暮らしの方はご本人のみ○で囲んでください。



◇ ご家族・ご親戚(患者様と血縁関係にある方)の中で、認知症、精神疾患、神経疾患にかかった、あるいは現在治療を受けている方はいますか (はい ・ いいえ)

「はい」の方は、該当するご家族と病名をお答えください

- | | | | | | | |
|--------|-------|------|---|-------|------|---|
| ・ 認知症 | (続柄 : | 病名 : |) | (続柄 : | 病名 : |) |
| | (続柄 : | 病名 : |) | (続柄 : | 病名 : |) |
| | (続柄 : | 病名 : |) | (続柄 : | 病名 : |) |
| ・ 精神疾患 | (続柄 : | 病名 : |) | (続柄 : | 病名 : |) |
| | (続柄 : | 病名 : |) | (続柄 : | 病名 : |) |
| ・ 神経疾患 | (続柄 : | 病名 : |) | (続柄 : | 病名 : |) |
| | (続柄 : | 病名 : |) | (続柄 : | 病名 : |) |

もの忘れ外来を受診される患者様のご家族・介護者の方へ



この問診票は、**患者様の普段の様子をご存知の方がお書きください**
患者様ご本人はお書きにならないでください

日付（ ）年（ ）月（ ）日

患者様のお名前（ふりがな）

患者様の生年月日（ ）年（ ）月（ ）日 患者様の年齢（ ）歳

この問診票を記載されている方のお名前（ ）続柄：（ ）

患者様と同居されていますか（ はい・いいえ ）

患者様にどのような症状があり受診されますか？

症状はいつからはじまりましたか（ ）年（ ）月ごろから（ ）歳から）

患者様は症状を自覚していますか

	はい		いいえ
--	----	--	-----

何かきっかけになるような出来事がありましたか？ ある場合は具

体的にお書きください。

✦ 症状が始まってから、患者様の性格は変わりましたか

	はい		いいえ
--	----	--	-----

「はい」の方は、どのように変わりましたか

()

✦ 普段の患者様について、当てはまる項目の左側にある□に**チェック (✓)** をいれてください。患

者様自身による評価で はなく、周りから見た評価を選んでください。

	はい		いいえ
--	----	--	-----

1-1. ご本人は普段の生活において、もの忘れがありますか

「はい」の場合は 1-2～1-7 の質問にお答えください。「いいえ」の場合は 2-1 の質問に進んでください。

1-2. もの忘れは、毎日続いていますか

1-3. もの忘れは、昨年に比べて悪くなっていますか

1-4. もの忘れは、生活に支障をきたすほどですか

1-5. 近所の店で、3～5 個の品物をメモがなくても忘れずに買うことができますか

	はい		いいえ
	はい		いいえ
	はい		いいえ

	必ずできる		大体できる		できることもある		全くできない
--	-------	--	-------	--	----------	--	--------

1-6. 自分の身の回りのもの（眼鏡、財布など）をどこに置いたかを覚えていて、自分で取ってくることができますか

	必ずできる		大体できる		できることもある		全くできない
--	-------	--	-------	--	----------	--	--------

1-7. 約束した日時や場所を覚えておくことができますか

	必ずできる		大体できる		できることもある		全くできない
--	-------	--	-------	--	----------	--	--------

1-8. 一番最近外出した時のことについて、どこで何をしたかを覚えていますか

	覚えている
	外出したこと自体は覚えているが、細かい部分は忘れている
	外出したこと自体を忘れている

1-9.数週間前の大きな出来事（例えば旅行、家族の結婚式等）をきちんと覚えていますか

<input type="checkbox"/>	覚えている
<input type="checkbox"/>	出来事自体は覚えているが、細かい部分は忘れている
<input type="checkbox"/>	出来事自体を忘れている

1-10.遠い昔の大切な記憶（例えば結婚した日、仕事をしていた場所など）を、完全に覚えていますか

<input type="checkbox"/>	覚えている
<input type="checkbox"/>	大体的場合覚えている
<input type="checkbox"/>	覚えている時もある
<input type="checkbox"/>	全く覚えていない

2-1. 人や物の名前が出にくいですか？

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
--------------------------	----	--------------------------	-----

2-2. 言おうとしている言葉がすらすら出てきますか

<input type="checkbox"/>	いつも出てくる
<input type="checkbox"/>	大体的場合出てくる
<input type="checkbox"/>	よくつかえる
<input type="checkbox"/>	ほとんど出てこない

3-1. 今日の年月日や季節を聞かれたら、正しく答えられますか

<input type="checkbox"/>	いつも答えられる
<input type="checkbox"/>	日付だけ答えられないが、年・月・季節は答えられる
<input type="checkbox"/>	年月日は答えられないが、季節は答えられる
<input type="checkbox"/>	年月日も季節も答えられない

3-2. 出来事の時間的な前後関係を間違えることがありますか

<input type="checkbox"/>	間違えることはめったにない
<input type="checkbox"/>	時々間違える
<input type="checkbox"/>	たいていの場合、間違える

3-3. 一人で迷わず外出できますか

「はい」の場合

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
--------------------------	----	--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	初めての場所でも可	<input type="checkbox"/>	交通機関を利用した遠方も可
<input type="checkbox"/>	以前に何回か行った場所は可	<input type="checkbox"/>	徒歩で行ける範囲であれば可
<input type="checkbox"/>	行き慣れた場所は可	<input type="checkbox"/>	自宅周辺のみ可

「いいえ」の場合

家の中でも迷いますか(トイレの場所がわからないなど)

	はい		いいえ
--	----	--	-----

4-1.ご本人の現在の問題解決能力は、以前と比べてどうですか

	今までと同じくらい良好
	良好であるが、以前と同様というわけではない
	劣る。ただし社会的な判断力は保たれる
	かなり劣る。社会的な判断力に問題がある
	問題解決能力が全くない
	元々問題解決能力が低い、以前と変わらない

4-2. お店のレジで買うものに見合ったお金を出したり、もらったお釣りが間違っていないか確認したりすることはできますか

	以前と変わらずできる
	だいたいの場合できる
	できることもあるが、たいていできない(心配なので家族が確認している)
	全くできない
	元々していない、以前と変わらない

4-3. 仕事上の処理や財産管理(商売上の取引などの能力、銀行などの口座の管理、請求書に見合う金額を支払う)は、以前と比べてどうですか(IADL-H)

	以前と変わらず行っている	1
	以前と同様というわけではないが、一人でできる	1
	一人では難しいが、援助があればできる(心配なので周囲が確認している)	1
	全くできない	0
	元々していない、自主的に家族などに譲っている	0

4-4. 家庭内の緊急事態(水道や下水の水漏れ、小さな火災など)への対処は、以前と比べてどうですか

	以前と変わらず対処できる
	以前と同様ではないが、どうにか一人で対処できる
	一人では十分に対処できない(助けを求めることならできる)
	全くできない(助けを求めることさえできない)
	元々対処は上手ではなく、以前と変わらない

4-5. 状況や説明を理解することができますか

<input type="checkbox"/>	たいてい理解できる
<input type="checkbox"/>	時々理解できない
<input type="checkbox"/>	めったに理解できない
<input type="checkbox"/>	元々理解するのが苦手、以前と変わらない

5-1. 現在仕事をしていますか

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
--------------------------	----	--------------------------	-----

5-2.

「はい」の方は、以前のように一人で仕事をできますか。「いいえ」の方は、もし現在も以前と同じ仕事をしていたら、どの程度一人でできると推測されるかお答えください

<input type="checkbox"/>	以前と変わらず、一人でできる
<input type="checkbox"/>	以前と同様ではないが、どうにか一人でできる
<input type="checkbox"/>	一人では難しいが、援助があればできる（心配なので家族や周囲が確認している）
<input type="checkbox"/>	全くできない
<input type="checkbox"/>	本当はできるはずだが、意欲がないためできない

5-2. 買い物は、以前のように一人でできますか（IADL-B）

<input type="checkbox"/>	以前と変わらず、一人でできる	1
<input type="checkbox"/>	少数・小額の買い物なら一人でできる	0
<input type="checkbox"/>	同じ品物を二重に買う、必要な品物を買忘れ	0
<input type="checkbox"/>	一人で買い物ができず付き添いが必要、後から家族がお金を払う必要がある	0
<input type="checkbox"/>	全く買い物ができない	0

5-3. 移動は、以前のように一人でできますか（IADL-F）

<input type="checkbox"/>	以前と変わらず、自分で自動車を運転して出かけている	1
<input type="checkbox"/>	以前と変わらず、電車、バス、タクシー等に乗って遠方まで出かけている	1
<input type="checkbox"/>	タクシーを自分で頼んで出かけられるが、電車やバスは利用できない	1
<input type="checkbox"/>	付き添いがあれば電車やバスを利用、または自動車が出かけることができる	0
<input type="checkbox"/>	全く出かけることができない	0

5-4. 車を運転する時、判断する力の低下や不注意の為に、運転に問題や危険がありますか

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	もともと運転していない
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	-------------

5-5. 家庭外での活動（趣味のシニアサークル・会合・法事への参加、投票、美容院・床屋に行く）を一人で行うことができますか

<input type="checkbox"/>	以前と変わらず行っている
<input type="checkbox"/>	以前に同様というわけではないが、たいていは一人で有意義な活動ができる
<input type="checkbox"/>	決まりきった活動であればできる（例えば馴染みの美容院へ行く）
<input type="checkbox"/>	めったにできない、あるいは他者の助けなしにはできない

5-6. 近所や他人の方から、一人で問題なく活動できると思われていますか

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
--------------------------	----	--------------------------	-----

6-1. 食事の支度、料理（IADL-C）

味付けや盛りつけ、人数に合った量の支度等について、以前に比べ問題がありますか？

<input type="checkbox"/>	以前と同様にできる	*1
<input type="checkbox"/>	以前に比べれば少し劣るが、問題なくできる	*1
<input type="checkbox"/>	材料を用意してあれば食事の支度ができる	*0
<input type="checkbox"/>	味付けが不適切	*0
<input type="checkbox"/>	盛りつけが不適切	*0
<input type="checkbox"/>	人数に合った支度ができない	*0
<input type="checkbox"/>	献立を考えることができない	*0
<input type="checkbox"/>	全くしなくなった	*0
<input type="checkbox"/>	もともとしていない、以前から家族に任せている	*0

包丁など調理道具の使用は、以前に比べて問題がありますか

<input type="checkbox"/>	以前と同様にできる
<input type="checkbox"/>	以前に比べれば少し劣るが、問題なくできる
<input type="checkbox"/>	確実に問題がある
<input type="checkbox"/>	もともとしていない、以前から家族に任せている

6-2. 賞味期限、冷蔵庫の中を清潔に保つことは、以前に比べて問題がありますか

<input type="checkbox"/>	以前と同様にできる
<input type="checkbox"/>	以前に比べれば少し劣るが、問題なくできる
<input type="checkbox"/>	確実に問題がある
<input type="checkbox"/>	もともとしていない、以前から家族に任せている

6-3. 火気の取り扱いは、以前に比べて問題がありますか

	以前と同様にできる
	以前に比べれば少し劣るが、問題なくできる
	時々失敗するので家族と共にやっている
	危なくてさせていない
	もともととしていない、以前から家族に任せている

6-4. 掃除・洗濯は、以前に比べて問題がありますか(IADL-D)

	必要な範囲は全て一人で行える	*1
	以前に比べれば少し劣るが、問題なくできる（靴下など小さなものは洗濯できる）	*1
	一人で行うが不十分、後からやり直しが必要	*0
	全くしなくなった、全くできない	*0
	もともととしていない、以前から家族に任せている	*0

6-5. 電話をかけることは、以前のようにできますか（IADL-A）

	以前と変わらずできる	1
	いくつかのよく知っている番号にはかけることができる	1
	電話で対応できるが、自分で電話をかけることはできない	1
	全く電話を使うことができない	0
	全く電話しなくなった	0

6-6. 他人からの伝言を家の人に正しく伝えることができますか

	必ずできる
	大体できる
	できることもある（心配なので家族が後で確認している）
	全くできない

6-7. テレビや電子レンジ・炊飯器などの家電製品の操作は、以前のようにできますか

	以前と変わらず一人で行っている
	以前に比べ少し不得手だが、操作はできる
	少し低下（心配なので、家族が確認している）
	著しく困難（使い方が分からない）
	もともととしていない

6-8. ご本人はどのレベルで家事を行うことができますか (IADL-E)

以前と同様にできる、以前よりできるようになった	*1
複雑な家事には問題があるが、簡単なことは一人で十分できる (食器を洗う、布団を敷く)	*1
簡単なことは一人でできるが、きちんと、あるいは清潔にできない	*1
声かけや助けがなければ、家事をすることができない	*1
意味のある家事活動はない(食事と関係なくテーブルを機械的にふいているなど)	*0
全くできない	*0
もともとしていない、以前から家族に任せている	*0

6-9. 服薬の管理は、以前のようにできますか (IADL-G)

以前と変わらずきちんとできる	1
前もって飲む薬が用意されていれば自分で服薬できる	0
時々飲み忘れがあるので、家族が確認する必要がある	0
自分では全く服薬できず、家族が管理している	0
もともと服薬していない	0

6-10. 趣味は、以前のようにできますか 趣味の内容: _____

以前と変わらない程度に趣味ができています
できているが、以前と同様ではない
簡単なことはできるが複雑なことができなくなった
全くやらなくなった
趣味はない

Barthel Index

7-1. 食事は一人でできますか、どのくらい手助けが必要ですか

全て一人でやっている	10
自分で食べられるが、促しが必要	10
食事中に汚すことがある	10
一人で食べられるが常に汚すので、手助けが必要	5
おかずを切るなどの手助けが必要	5
常に食事に手助けが必要	0

7-2. 車椅子からベッドへの移動について

	車椅子を使っていない	15
	自分でブレーキ、フットレストの操作をする	15
	乗り降りに常に見守り、または少しの手助けが必要	10
	座ることはできるが、それ以外は手助けが必要	5
	全て手助けが必要、または移動が不可能	0

7-3. 整容（化粧、髪や爪、髭そりなどの身だしなみ）は一人でできますか、どのくらい手助けが必要ですか

	全て一人で行っている	5
	声かけを必要とする	5
	自分でできるが、しようとしな	5
	一部手助けが必要	0
	全て手助けが必要	0

7-4. 排泄は一人でできますか、どのくらい手助けが必要ですか

	全て一人で行っている	10
	時々トイレに誘導することが必要だが一人で済ませられる	10
	声かけをすれば後始末（トイレの水を流す、きちんとふく）ができる	5
	まれに尿や便を失禁し、後始末（トイレの水を流す、きちんとふく）に介助が必要	5
	週に数回以上、頻繁に尿や便を失禁する、常に後始末に手助けが必要	0
	一人ではできない	0

7-5. 入浴は一人でできますか、どのくらい手助けが必要ですか

	全て一人で行っている	10
	声かけを必要とするが、一人でお風呂に入れる	10
	自分でできるがしようとしな	5
	浴槽の出入りや洗髪などに、一部手助けが必要	5
	手助けなしではお風呂にきちんと入ることができない（お湯の温度や量の調節ができない、体をうまく洗えない）	0

7-6. 一人で歩行できますか、どのくらい手助けが必要ですか

	器具を使わずに一人で 45m 歩くことができる	15
	杖を使って一人で 45m 歩くことができる	15
	歩行器を使って一人で 45m 歩くことができる	10
	介助があれば 45m 歩くことができる(歩行器、杖などを使っても良い)	10
	歩行はできないが、車椅子を自分で押して 45m 移動することができる	5
	上記以外	0

7-7. 階段の上り下りは一人でできますか、どのくらい手助けが必要ですか

	一人でできる (手すりを使っても良い)	10
	介助または見守りが必要	5
	できない	0

7-8. 衣類の着脱は一人でできますか、どのくらい手助けが必要ですか

	全て一人で行っている	10
	声かけを必要とするが、自分でふさわしい衣類を選んで着ることができる	5
	標準的な時間内で着替えを終えるために、半分以上自分で着替えができる	5
	上記以外	0

7-9. 排便のコントロールはできますか

	便失禁はない。浣腸や座薬などを使っている場合取り扱いも可能である。	10
	時に便失禁がある。浣腸や座薬などの取り扱いに介助が必要な場合を含む	5
	上記以外	0

7-10. 排尿のコントロールはできますか

	尿失禁はない。尿瓶などを使っている場合自ら取り扱いも可能である。	10
	時に尿失禁がある。尿瓶などの取り扱いに介助が必要な場合を含む	5
	上記以外	0

参考文献：認知症早期発見のための CDR 判定ハンドブック 目黒謙一 医学書院 2008 年

Lawton MP&Brody EM:Assessment of older people:Self-Maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist9:179-168,1969

NPI-Q

以下の質問では患者様の精神症状の変化について確認します。**過去1ヶ月の間に**症状があった場合に「はい」を選んでください。そうでない場合は「いいえ」を選んでください。「はい」を選んだ項目については変化の程度についても教えてください。

	はい・いいえ	変化の程度
1. 妄想：患者様があなたにとって事実でないことを事実と信じていますか？たとえばは他の人が自分からものを盗もうとしたり、あるいは何らかの方法で自分を傷つけようとしていると信じていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
2. 幻覚：患者様はそこにいない人の声が聞こえるかのように振舞いますか？そこにいない人と会話をすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
3. 興奮・攻撃性：患者様は頑固ですか？また介護や手助けに抵抗を示しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
4. 憂うつ・気分変調：患者様は悲しいあるいは元気がない様子ですか？泣き出すことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
5. 不安：患者様はあなたから離れる時に不安になりますか？あるいは息苦しさ、ため息、強い緊張などの神経質な症状を示すことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
6. 気分高揚・多幸感：患者様の気分が良すぎたり、異様に幸せそうに見えることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
7. 無感動・無関心：患者様は自分の日常の活動、あるいは他人の計画や活動に無関心になっていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
8. 脱抑制：患者様は衝動的に行動しているように見えますか？たとえば、見ず知らずの人にまるで知っている人のように話しかけたり、場にそぐわず他人を傷つける発言を不用意に言ってしまうますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
9. 被刺激性・不安定性：患者様は我慢が効かない、あるいは不機嫌なことがありますか？予定が遅れたり、待たされたりするときに、落ち着いて対処できなくなりますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
10. 異常な運動障害：患者様が同じ事を繰り返し行うことはありますか？たとえば家の中でぐるぐる回ったり、ボタンをいじり続けたり、ひもや物を繰り返し巻き付けたりしますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
11. 夜間の行動障害：患者様が夜にあなたを起こしたり、早く起きすぎたり、昼寝をしすぎることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
12. 食事と食欲：患者様の体重が増える、減る、あるいは食べ物の好みが変わることはありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度