

物忘れスピード問診票		記載： 20()年()月()日	
患者さんのお名前	()	()歳	<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性
記載者	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> 配偶者の方、 <input type="checkbox"/> 息子さん、 <input type="checkbox"/> 娘さん、 <input type="checkbox"/> お嫁さん、 <input type="checkbox"/> その他の方	

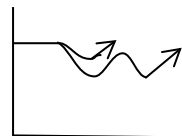
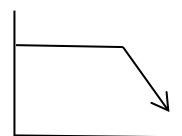
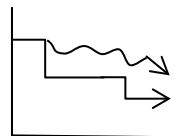
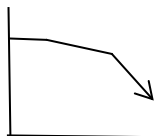
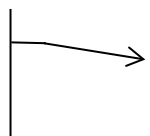
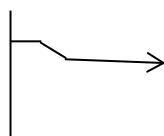
【1】 症状チェック： 該当する□に印をつけてください(例：☑)

1 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 人の名前や言葉がすぐに 出てこない。「あれあれ、それ それ」が多くなった。	11 言語 I	<input type="checkbox"/> 込み入った話やテレビドラ マの筋が理解できなくなっ た。	21 精神	<input type="checkbox"/> 無関心(例：□今まで好き だったことに無関心。□無気 力。□社交性がなくなった。)
2 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 日付や曜日を一日に何度 も確認する。	12 言語 I	<input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わない。 自分の言いたいことが分 からなくなる。	22 精神	<input type="checkbox"/> 不安、不眠(例：□不安にな る、□気がめいる、□夜、眠れ ない。)
3 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 最近のことを思い出せない。 (例：□何をしに来たのか、 □どこに置いたのか)	13 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 慣れている作業(趣味・日 課)がうまくできなくなった。	23 精神	<input type="checkbox"/> 被害者意識(例：□被害者 意識が強くなった。□物が見 当たらないと盗まれたと思う。)
4 記憶 中	<input type="checkbox"/> 行うべきことを忘れる。 (例：□薬の飲み忘れ □火・電気の消し忘れ □蛇口の閉め忘れ)	14 行為 遂行	<input type="checkbox"/> お金を使つての買い物が できなくなった。	24 精神 F	<input type="checkbox"/> 性格が変わった(例：□怒り っぽい、□落ち着きがない、 □遠慮がない、□独り言を続 ける、□興奮しやすい。)
5 記憶 中	<input type="checkbox"/> よく知っている人(家族や 友人)の名前が出てこない ことがある。	15 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 一人で乗り物を利用して外 出することが難しくなった。	25 精神 L	<input type="checkbox"/> 幻覚(例：□実際にはない物 や人が見える：幻視、□音・声 が聞こえる：幻聴)
6 記憶 中	<input type="checkbox"/> 約束の時間・場所などを間違 える。	16 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 今までできた一連の動作 ができない。(例□料理、 □洗濯、□薬の管理、□お金 の管理、□年賀状作成)	26 行動	<input type="checkbox"/> 身だしなみ・排尿の件(例： □身だしなみを気にしない。 □何日も入浴しない。 □排尿・排便の失敗。 □ゴミを捨てない。)
7 記憶 中	<input type="checkbox"/> 一度に二つのことを覚えら れない。	17 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 使いなれた道具・器械が 使えない。(例：□リモコン、 □携帯電話、□パソコン、□ メール、□爪切り)	27 行動	<input type="checkbox"/> 屋内・屋外を一人で歩き回 る(うろうろする)。
8 記憶 重	<input type="checkbox"/> すぐに忘れる。(例：□同じこ とを何度も言ったり聞いたりす る。 □30分後には忘れてはいる。 □同じ物を毎回買う。)	18 判断	<input type="checkbox"/> 判断力の低下、だまされや すくなった。 (例：□振り込め詐欺・ 受け取り詐欺など、 □高額な買い物)	28 行動 F	<input type="checkbox"/> 同じ行為とこだわり(例： □日常生活で同じ行為を繰り返 す。 □ある事柄にこだわる。)
9 記憶 重	<input type="checkbox"/> 今いる場所が、分からなく なることがある。	19 行為 認知 r	<input type="checkbox"/> 服の前後や上下を間違え る。頭や腕を通すところが わからない。	29 他	<input type="checkbox"/> 睡眠のリズムの障害： 昼 夜逆転
10 記憶 重	<input type="checkbox"/> 家族や親しい人の顔が分 からなくなった。	20 認知 r	<input type="checkbox"/> 知っているはずの道に迷う ことがある。	30 他 L	<input type="checkbox"/> 歩行障害(例：□歩き方が変 になった。□転倒しやすい。 □意識を失うことがある。)

【2】 進行パターンチェック (□にチェック☑、()内に数字)

脳の病気(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など)になったことはありますか⇒ <input type="checkbox"/> ない、 <input type="checkbox"/> 1回ある、 <input type="checkbox"/> 2回以上ある
物忘れが始まったのはいつ頃ですか⇒ ()年前、()カ月前、()週前、()日前
進行は次の図のどれに該当しますか⇒ (<input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B、 <input type="checkbox"/> C、 <input type="checkbox"/> D、 <input type="checkbox"/> E、 <input type="checkbox"/> F)に該当する。 <input type="checkbox"/> 該当するものはない。

- | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|--|---|
| [A] 半年から1年間、
ほとんど変化なし(ま
たはきわめて徐々に
進行) | [B] 半年から1
年間、ゆっくり
進行 | [C] 半年から1年間
ゆっくり進行してい
たが、最近急激に
悪化 | [D] 半年から1
年間、波状また
は階段状に悪
化 | [E] 数日または数
週前から、急激に
発症し悪化 | [F] 悪化し、その後
改善、またはその
繰り返し。 |
|---|-----------------------------------|---|--|--|---|



物忘れFAST問診票		記載年月日	
該当する四角(□)をチェックしてください(☑)。		20()年()月()日	
患者さんのお名前	記載者: □ ご本人、 □ 配偶者の方 □ 息子さん、 □ 娘さん、 □ お嫁さん □ 入所施設の方、 □ ケアマネさん、 □ その他の方		
ステージ	問診内容	回答A	回答B
stage 1 (正常)	5-10年前と比べ、仕事や社会生活は正常ですか？	□ ない	<input type="checkbox"/> 仕事も社会生活も正常。 <input type="checkbox"/> 仕事は退職、社会生活は正常。 <input type="checkbox"/> 正常とは言えない【↓:stage2以下】
stage 2 (相応)	右のような物忘れをすることがありますか？ このような物忘れは「年齢相応」だと思いますか？		<input type="checkbox"/> 人や物の名前がでにくい。 <input type="checkbox"/> 物を置き忘れることがある。 <input type="checkbox"/> 約束を忘れることがある。 <input type="checkbox"/> 年齢相応だと思う。 <input type="checkbox"/> 年齢よりもはげしいと思う。【↓:stage3以下】
stage 3 (境界)	仕事を続けている場合:問題なくできますか？	□ 問題なくできる	<input type="checkbox"/> 支障をきたすことがある。 <input type="checkbox"/> 今まで問題なくこなしてきたが、今回初めて失敗した。
	重要な約束を忘れることはありますか？ 初めての土地への一人旅はできますか？	□ ない □ できる	<input type="checkbox"/> 忘れることがある。(例:病院の予約、待ち合わせ) <input type="checkbox"/> 重要な約束を忘れたのは、今回が初めて。 <input type="checkbox"/> むずかしいと思う。
stage 4 (軽ア)	段取りや調整が必要な仕事はできますか？(例: 会合の企画、資産管理・家計管理、夕食の準備)	□ 適切にできる	<input type="checkbox"/> 支障をきたすことがある。(例: 会合を企画したが問題が発生) <input type="checkbox"/> 資産管理・家計管理で支障をきたすようになった。 <input type="checkbox"/> 夕食の献立・買い出し・準備・調理・配膳などで間違いが発生。 <input type="checkbox"/> このような複雑な仕事は全く不可能。【↓:stage 5以下】
	一人で買い物をすることはできますか？	□ 適切にできる	<input type="checkbox"/> 支障がある(不必要な買い物、お金の勘定ができない。) <input type="checkbox"/> 一人で買い物をすることは不可能。【↓:stage 5以下】
stage 5 (中ア)	運転免許証について	□ 無し、 □ 有り、 □ 取得していたが返納した。	
	自動車を安全に運転することはできますか？	□ できる	<input type="checkbox"/> できない(□アクセルとブレーキの間違い、□不適切なスピード、□信号無視、□車をぶつけやすくなった。□今回事故を起こした。)
	一人で行き慣れた所へ外出することはできますか？	□ できる	<input type="checkbox"/> むずかしい。(バス、電車に乗れない。タクシーが使えない。) <input type="checkbox"/> 外出したが、迷子になった。
	服装の選び方は適切ですか？	□ 適切	<input type="checkbox"/> 服装が季節に合っていない。場所・状況に合っていない。 <input type="checkbox"/> 服装のコーディネート(組み合わせ、色)が悪くなった。
	家庭内の生活で支障をきたすことはありますか？	□ ない	<input type="checkbox"/> 時計が読めなくなった。手紙が書けない。電話が使えない。 <input type="checkbox"/> 入浴することを忘れてしまう。薬を飲み忘れることが多くなった。 <input type="checkbox"/> 整理整頓ができない、部屋が散らかる。(軽い場合は↑stage 4) <input type="checkbox"/> 感情・行動・睡眠の障害。(大声をあげる、動き回る、昼夜逆転) <input type="checkbox"/> 日常生活で介助・声掛け・励まし・説得が必要
stage 6 (や高)	着衣・衛生について、該当する症状があれば、チェックしてください。	6-a) 着衣・履物(はきもの)が不適切	<input type="checkbox"/> 着衣が不適切(例:寝まきの上に普段着を着てしまう) <input type="checkbox"/> 着衣操作ができない。(靴ひも、ネクタイ、ボタン、ファスナー) <input type="checkbox"/> 履物のはき方(左右)、はく場所(家の中・外)が不適切
		6-b) 入浴が適切にできない	<input type="checkbox"/> お湯の温度・量の調節ができない。 <input type="checkbox"/> 浴槽に入ったり出たりができない。体を洗えない、拭けない。 <input type="checkbox"/> 入浴を怖がる。入浴したがる。
		6-c) トイレで後始末ができない	<input type="checkbox"/> トイレの水を流せない(流す方法がわからない) <input type="checkbox"/> 排便の後、きちんと拭けない、拭くのを忘れる。 <input type="checkbox"/> 済ませた後に服を直せない。
		6-d) 尿失禁	□ 尿失禁の回数が多い。 □ ほとんど失禁状態
		6-e) 便失禁	□ 便失禁の回数が多い。 □ ほとんど失禁状態
stage 7 (高ア)	言語・歩行・意識について、該当する症状があれば、チェックしてください。	7-a) 言語機能の低下	<input type="checkbox"/> 発語量が少なくなり、話し言葉がとぎれる。【↑:stage 4, 5】 <input type="checkbox"/> 完全な文章を話せない。【↑:stage 6】 <input type="checkbox"/> 単語あるいは短い文節のみ。使用する言葉の数が約6語以内(例: はい、痛い、ありがとう、だめ、いやだ)。
		7-b) 言語機能の喪失	□ 他人が理解できる発語はただ一つ、または一つもない。
		7-c) 歩行能力の喪失	□ 自力で歩行することができない。
		7-d) 着座能力の喪失	□ 座っている姿勢がくずれても自力では直せない。
		7-e) 笑う能力の喪失	□ 笑うことはまれ、または全くない。
		7-f) 混迷・昏睡(閉眼状態が持続)	<input type="checkbox"/> 閉眼状態。呼びかけると、返事をする、または開眼する。 <input type="checkbox"/> 閉眼状態。呼びかけても、返事も開眼もしない。

BPSD問診票

患者さんのお名前 () ()歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
情報提供者	<input type="checkbox"/> ご本人、 <input type="checkbox"/> 配偶者の方、 <input type="checkbox"/> 息子さん、 <input type="checkbox"/> 娘さん、 <input type="checkbox"/> お嫁さん、 <input type="checkbox"/> その他の方、 <input type="checkbox"/> 医療従事者

評価年月日

年 月 日

評価者

--

↓ 以下20個の項目で、当てはまる症状の□にチェックを入れてください(☑)。

		I 【Motivation domain: 関心の領域】
1	<input type="checkbox"/> 興味・関心・意欲がなくなってきた。	<input type="checkbox"/> アパシー: apathy
		II 【Mood domain: 気分の領域】
2	<input type="checkbox"/> 不安を感じている。	<input type="checkbox"/> 不安: anxiety
3	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込んでいる。うつになっている。	<input type="checkbox"/> うつ: depression
4	<input type="checkbox"/> 気分が高揚している。過度に明るくなった。	<input type="checkbox"/> 多幸: Euphoria
		III 【Impulse control domain: 衝動制御の領域】
5	<input type="checkbox"/> 辛抱(しんぼう)がきかなくなった。すぐに「いらいら」する。大声を出す。	<input type="checkbox"/> 易刺激性: irritability <input type="checkbox"/> 焦燥性興奮: agitation
6	<input type="checkbox"/> 攻撃的で、怒りっぽくなった。暴行(たたく、ひっかく、かみつく、物を投げる)・暴言(どなる、ののしる)。	<input type="checkbox"/> 攻撃性: aggression
7	<input type="checkbox"/> 性的抑制がなくなった(触れる、抱きしめる、まさぐる)	<input type="checkbox"/> 不適切な性的行動
8	<input type="checkbox"/> 食行動の変化(食べすぎ・特定の物だけを食べる)。	<input type="checkbox"/> 食行動の変化
9	<input type="checkbox"/> あることを単純に繰り返す、またはそうしないではいけない。徘徊する。物をため込む(収集する)。	<input type="checkbox"/> 常同行動、異常行動、徘徊、収集
10	<input type="checkbox"/> 他人の食事をとってしまう。万引き・窃盗をした。	<input type="checkbox"/> 窃盗行為
		IV 【Social appropriateness domain: 社会的適切性の領域】
11	<input type="checkbox"/> 社会的なルールに関して、判断ができない。行ってはいけないことをしてしまう。自分勝手になった。	<input type="checkbox"/> 脱抑制: disinhibition
		V 【Thoughts/perception domain: 思考・感覚の領域】
12	<input type="checkbox"/> 「他人が自分に危害を加えようとしている、お金や物を盗もうとしている、配偶者が浮気をしている」と思い込んでいる、疑っている。	<input type="checkbox"/> 被害妄想、物とられ妄想、嫉妬妄想: delusion
13	<input type="checkbox"/> 「身近な人物が他人である、赤の他人が身近な人物である」と思っている。	<input type="checkbox"/> 誤認妄想
14	<input type="checkbox"/> 「ここは自分の家ではない。自分の家に帰る」と言う。	<input type="checkbox"/> 帰宅願望
15	<input type="checkbox"/> 実在しないもの(例: 人、動物、昆虫)が「見える」という。	<input type="checkbox"/> 幻視
16	<input type="checkbox"/> 誰かの声が聞こえている。誰かに話しかけている。	<input type="checkbox"/> 幻聴
		VI 【その他】
17	<input type="checkbox"/> 拒絶・拒薬・拒食	<input type="checkbox"/> 拒絶、拒薬、拒食
18	<input type="checkbox"/> 排泄物をもてあそぶ、排泄物で衣服や部屋を汚してしまう。	<input type="checkbox"/> 不潔行為
19	<input type="checkbox"/> 不眠、昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 睡眠・覚醒障害
20	<input type="checkbox"/> 睡眠中の異常な行動(寝言、手足が動く、叫ぶ、隣のものや人をなぐる・ける。起き上がって歩く、走る。)	<input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害