

患者氏名:

評価日:

情報提供者: 配偶者 子ども 子どもの配偶者 他( )

- ・ **最近1ヶ月**の患者様の様子についてお答え下さい。  
(物忘れが始まる前から元々あったものは含めないで下さい。)
- ・ 以下にお尋ねする症状がみられた場合は「あり」、みられなかった場合は「なし」に○をつけてください。
- ・ 「あり」の場合は、その症状の重症度と、介護者様にとっての負担度について、それぞれ数字に○をつけてください。

☆評価の基準

**重症度**

- 1・・・症状はあるが、それほど目立たない。
- 2・・・症状ははっきりと存在している。
- 3・・・症状は著明にみられ、以前と比べて劇的に変化した。

**負担度**

- 0・・・全く負担はない。
- 1・・・ごく軽度負担には感じるが、対応するのに問題はない。
- 2・・・それほど大きな負担ではなく、通常は大きな問題なく対応できる。
- 3・・・かなり負担で、時に対応するのが難しい。
- 4・・・非常に負担で、対応するのが難しい。
- 5・・・極度に負担で、対応できない。

		症状の有無	重症度			負担度					
			軽	→	重	無	→	重			
1 妄想	患者様は、事実でないことを信じ込んでいますか。 例えば、「誰かが金品を盗もうとしている」 「誰かが危害を加えようとしている」 と言うことがありますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
2 幻覚	患者様は、実際にはないものが聞こえたり見えたりしているようにみえますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
3 興奮	患者様は、協力することを拒否したり、 介助を拒んだりしますか。 介護者様が対応しにくくなることがありますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
4 うつ	患者様は、悲しそうであったり 落ち込んでいるようにみえますか。 あるいはご自分でそう言いますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
5 不安	患者様は、介護者様がいなくなると落ち着かなくなり ますか。息苦しさを訴える、リラックスできない、 過度に緊張するなど、神経質になりますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
6 多幸	患者様は、過度に機嫌が良かったり幸せそうで あったりすることがありますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5

裏もご記入ください。

☆評価の基準	
重症度	
1・・・症状はあるが、それほど目立たない。	
2・・・症状ははっきりと存在している。	
3・・・症状は著明にみられ、以前と比べて劇的に変化した。	
負担度	
0・・・全く負担はない。	
1・・・ごく軽度負担には感じるが、対応するのに問題はない。	
2・・・それほど大きな負担ではなく、通常は大きな問題なく対応できる。	
3・・・かなり負担で、時に対応するのが難しい。	
4・・・非常に負担で、対応するのが難しい。	
5・・・極度に負担で、対応できない。	

		症状の有無	重症度			負担度					
			軽	→	重	無	→	重			
7 無関心	患者様は、自身の日常活動や他人の活動に、関心がなくなってきたようにみえますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
8 脱抑制	患者様は、衝動的に行動するようにみえますか。 例えば、見ず知らずの人に、あたかも知人であるように話しかけたり、他人の感情を傷つけるようなことを言ったりしますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
9 易怒性	患者様は、気難しく、怒りっぽいですか。 計画が遅れたり待たされたりすることが我慢できないことがありますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
10 異常行動	患者様は、同じ行為を繰り返すことがありますか。 例えば、歩き回ったり、引き出しを開けたり、ボタンをもてあそんだりということを繰り返しますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
11 夜間行動	患者様は、夜中に介護者様を起こしたり、朝非常に早く起きたり、過度に昼寝をしたりすることがありますか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5
12 食行動	患者様は、体重が減った、あるいは増えましたか。 食べ物の好みが変わりましたか。	あり なし	1	2	3	0	1	2	3	4	5

記入もれがないか、今一度ご確認ください。