

- ・物の忘れはありますか？ 1 はい 2 いいえ
 - ・直前（5分前）のことを思い出すことができますか？ 1 はい 2 いいえ
 - ・日常の用事でだいたい正しい判断ができますか？ 1 はい 2 いいえ
 - ・自分の意思をはっきり伝えられますか？ 1 はい 2 いいえ
 - ・物の忘れに伴い介護者が困ることはありますか？ 1 ある 2 ない
- あればどんな事ですか？（複数可）

- ・何か精神的な、または神経の症状がありますか？ 1 ある 2 ない
- 該当するものに☑してください。（複数可）

実際にはいない人や虫、動物などが見えることがある

実際にはいない人の声や物音が聞こえることがある

金品などを盗まれたなど、実際にはないことを言う

昼間寝て、夜間騒ぐことがある 暴言を吐くことがある

暴力をふるうことがある 介護する際に抵抗することがある

目的もなく出歩き、迷子になることがある ガスの消し忘れなど、火の不始末がある

便をこねたり、尿を撒き散らしたりすることがある

紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べたりする 性的問題行動がある

その他（ ）

- ・右利きですか？左利きですか？ 1 右利き 2 左利き

- ・身長と体重は？体重の変化はありますか？ 身長（ cm）体重（ kg）

体重は 1 増えた 2 変わらない 3 減った

- ・手足に麻痺はありますか？あれば軽いですか？重いですか？
- 1 ある（ 軽い ・ 重い ） 2 ない

- ・筋力の低下がありますか？ あればどこですか？
- 1 ある（ ） 2 ない

- ・関節の動きが悪いところがありますか？あればどこですか？
- 1 ある（ ） 2 ない

- ・関節の痛みがありますか？あればどこですか？
- 1 ある（ ） 2 ない

- ・勝手にからだが動いたり、思うように動かないことがありますか？あればどこですか？
- 1 ある（ ） 2 ない

- ・床ずれはありますか？あればどこですか？
- 1 ある（ ） 2 ない

- ・体でかゆいところがありますか？あればどこですか？
- 1 ある（ ） 2 ない

- ・食事は自分で食べられますか？ 1 食べられる 2 介助が必要 3 食べられない

- ・最近食事はよく食べられますか？ 1 はい 2 いいえ

- ・食事でむせることがありますか？ 1 はい 2 いいえ

- ・感染症（肝炎、疥癬、結核、MRSAなど）と診断されたことがありますか？ 1 はい 2 いいえ

- ・どんな介護サービスを利用したいですか？（複数可）