|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ❶ | **本人の言葉、思い・習慣、おでかけしたい思い** |  | ❷ | | かかりつけ医・専門医の受診状況、診断、服薬などの医療情報 | | | | | | | | | | | 感染： |
| 本人の言葉がない場合も、思いや考えを予想して記入 |  | 直近の受診日 |  | 年 | |  | 月 |  | | 日 | |  | 脱水： |
|  | |  | **健康面の**  **気づき** | おでかけに関連する項目 | 認知症の疾患名(分類) | | |  | | | | | | | | 健康面の管理： |
|  | 専門医の受診 | あり・なし | | | | 医療機関名： | | | |  | | 自分で行う・それ以外（　　 　　　　） |
|  | 確定診断の時期 |  | 年 | |  | 月 |  | | 日 | | 服薬状況： | |
|  | かかりつけ医や専門医からの助言･ｱﾄﾞﾊﾞｲｽ等： | | | | | | |  | | | | |

❹ **認知症特有の症状**

❸**生活状況、周辺環境、活動、心の状態**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人にとっての不快**（心身･健康・活動状態の項目） | | | | | ない | | | ある | | | 具体的な言動や場面、ｴﾋﾟｿｰﾄﾞなど |  | **くらしの場面で本人がわかること・わからないこと**  （心身機能・認知機能面の項目） | | | | | | | | | | | | 常時わかる | | | 時々わかる | | わからない | | 具体的な言動や場面、ｴﾋﾟｿｰﾄﾞなど |
| 1 2 3 4 56 | | | | | |  |
| **生理的欲求** | 食事の充足 | | 空腹感 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | 時間の認識 | 今の時間や時刻がわかり、それに見合った行動がとれますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 食事時間の不定 | |  |  |  |  |  |  |  | | 今の季節がわかり、それに見合った行動がとれますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 飲み込みにくさ | |  |  |  |  |  |  |  | | 今日1日のｽｹｼﾞｭｰﾙを管理し、行動できますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 好き嫌い | |  |  |  |  |  |  |  | | 場所の認識 | 普段いつもいる場所（自宅、施設等）との区別ができますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 睡眠の充足 | | 寝つきにくさ | |  |  |  |  |  |  |  | | 近所や日常行動範囲、良く行く場所（普段の買い物先、散歩ｺｰｽ、ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ等）の区別ができますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 早朝覚醒 | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 睡眠不足 | |  |  |  |  |  |  |  | | さらに拡大した範囲、普段行くことのない日常生活の行動範囲外（公共交通機関での移動を伴う場所等）の区別がつきますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 昼夜逆転 | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 排泄の状況 | | 便秘 | |  |  |  |  |  |  |  | | その他、特徴的な出来事について（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 下痢 | |  |  |  |  |  |  |  | | 人物の認識 | 近い存在や毎日会う人（家族、友人、近隣の人等）がわかりますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 頻尿 | |  |  |  |  |  |  |  | | 時々会う人（利用しているﾃﾞｲ職員やﾍﾙﾊﾟｰ、担当ｹｱﾏﾈ、買い物先の馴染みの人、時々来る家族・親戚等）がわかりますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 排泄の失敗 | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　　　） | | | |  |  |  |  |  |  |  | | たまに会う人（遠い身内、たまに会う友人･兄弟姉妹等）がわかりますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **内向・外向環境への欲求** | こころの健康状態 | | 不安･抑うつ | |  |  |  |  |  |  |  |  | | 記憶の保持 | 直前の記憶（直前～数時間）がありますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 妄想 | |  |  |  |  |  |  |  | | 今日の記憶（数時間～２，３日前）がありますか? | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 幻視･幻聴 | |  |  |  |  |  |  |  | | その他、特徴的な出来事について（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 興奮･パニック | |  |  |  |  |  |  |  | | **本人にとっての快と不快**（関係・環境の項目） | | | | | 快 | | | 不快 | | | | 具体的な言動や場面、ｴﾋﾟｿｰﾄﾞなど  ※対策を考えるとき、ケアに活かすヒントになります。 | | | | | | | |
| 退屈･本能的な行動 | |  |  |  |  |  |  | 1 2 3 4 56 | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　） | | | |  |  |  |  |  |  | **環境への欲求** | | 本人の気持ちや認知症としての行動への理解 | 空間の充足 | 気温・湿度 |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |
| コミュニケーションの充足 | | 聞こえにくさ・見えにくさ | |  |  |  |  |  |  | 光・明るさ・音・匂いなど |  |  |  |  |  |  | |
| 相手の言ったことの理解のしにくさ | |  |  |  |  |  |  | その他の感覚（　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | いつもいる場所、居場所 |  |  |  |  |  |  | |
| 感情表現のしにくさ | |  |  |  |  |  |  | 広さ・狭さ |  |  |  |  |  |  | |
| その他（　　　　　　　　　） | | | |  |  |  |  |  |  | 人の多さ |  |  |  |  |  |  | |
| **健康への欲求** | 健康状態 | 熱っぽさ、だるさ（　　　　） | | |  |  |  |  |  |  |  | 清潔さ |  |  |  |  |  |  | |
| 水分摂取、食事量 | | |  |  |  |  |  |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  | |
| 痛み（　　　　　　　　　） | | |  |  |  |  |  |  | 人との関係 | 家族①（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  | |
| 手足の冷え | | |  |  |  |  |  |  | 家族②（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  | |
| 皮膚ﾄﾗﾌﾞﾙ、かゆみ（　　　　　） | | |  |  |  |  |  |  | 支援者（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  | |
| 活動  状態 | | | 運動･活動性の不足 |  |  |  |  |  |  | 隣人（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  | |
| 他利用者（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  | |
| その他（　　　　　　　　　） | | | |  |  |  |  |  |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  | |