

# 診察申込書

(太枠内に記入し、保険証等を添えてご提出ください。)

申込日	年 月 日	カルテ番号	
ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)		
住所	〒 - 都 道 府 県 市		
連絡先	自宅	-	-
	携帯電話	-	-
	緊急連絡先	-	-
	緊急連絡先氏名	続柄	
質問事項		解答欄	
紹介状はお持ちですか？		はい ・ いいえ	
以前にご来院されたことはありますか？		はい ・ いいえ	
担当事業所名			
ケアマネージャー			
介護度		要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	

※当院がお預かりする個人情報は、院内に掲示してあります

「個人情報の取り扱いに関するお知らせ」に記載している

目的のみに利用させていただきます。

※当院では外来受付や診察室等でお名前をお聞きすることがございますが、

患者さんの誤認防止活動の一環ですので、ご協力のほどお願いいたします。

※当院は、診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用も可能です。

光華もの忘れ・フレイルクリニック

個人情報保護管理責任者

上田 敬太

## 医療情報使用についての願い

光華もの忘れ・フレイルクリニックでは、患者様とご家族の方に、より充実した医療とサポートを提供するために、さまざまな研究や事例検討等を行なっています。その際、患者様やご家族の方にご記入いただいた各種問診表や通常の診療で行なう各種検査の結果、診療記録の記載内容等を整理・検討し、研究データとして使用し各種学会等で発表させていただき、医療や介護のケアを向上するための各種研修会において、事例として挙げさせていただければと存じます。

その場合、取り扱うデータは個人情報を匿名化したうえで、利用させていただきますので、プライバシーが外部に漏れ、身元や個人が特定される形でデータが公表されることはありませんので、何卒ご協力いただけますようお願い申し上げます。

以上の件につきまして、万が一同意いただけない方は、次の不同意書にご署名をお願いします。なお、ご署名いただいた場合でも、治療に際して一切不利益になることはありませんので、ご安心ください。

---

光華もの忘れ・フレイルクリニック 宛

## 不同意書

データの使用について、同意しません

令和                      年                      月                      日

ご本人の署名 \_\_\_\_\_

または、代理人様の署名 \_\_\_\_\_

光華もの忘れ・フレイルクリニック 問診票(初診時)

患者氏名： \_\_\_\_\_ 年齢（     ） 歳 性別（男・女） 職業（     ）

記入者氏名： \_\_\_\_\_ 続柄（     ） 記入日： \_\_\_\_\_ 年     月     日

1. 現在どなたとご一緒に生活されていますか。(当てはまる番号一つに○をつけてください)

- ①独居                      ②夫婦2人                      ③子や孫と同居（同居：     ）  
④兄弟姉妹と同居（同居者：     ）                      ⑤施設（     ）  
⑥その他（同居者：     ）

※①独居、②夫婦 2 人の方のみお答えください。

別居のお子さんやお孫さんはいますか。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①いる（続柄：     住所地：     ）                      ②いない

2. ご本人が身近に頼ることができるご家族や親戚の方はいますか。

- ①いる（続柄：     住所地：     ）                      ②いない

3. 病院やケアマネジャーなどと主にやりとりをする方はいますか？

- ①いる（続柄：     住所地：     ）                      ②いない

4. もの忘れ外来を受診された理由を教えてください。(当てはまる番号一つに○をつけてください)

- ①本人が心配して ②家族が心配して ③医師に勧められて（勧めた医師：     ）  
④他人に勧められて（勧めた人：     ） ⑤その他（     ）

5. もの忘れはいつ頃から気になるようになりましたか。(当てはまる番号一つに○をつけてください)

- ①1ヶ月以内    ②1ヶ月以上～6ヶ月未満    ③6ヶ月以上～1年未満  
④1年以上～2年未満    ⑤2年以上前～3年未満    ⑥3年以上～5年未満  
⑦5年以上前

※もの忘れが気になるきっかけになった出来事は何ですか。(出来事をお書きください)

※今、一番お困りのことは何ですか。(お困りのことをお書きください)

6. 今までにどのような病気をしましたか。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①高血圧 (      歳頃)      ②糖尿病 (      歳頃)      ③高脂血症 (      歳頃)  
④脳血管疾患 (病名 :                      )(      歳頃)      ⑤頭部の怪我 (      歳頃)  
⑥がん (病名 :                      )(      歳頃)

7. 今までに不整脈や心房細動など心臓の病気をしましたか。

- ①あり (病名 :                      )(      歳頃)      ②なし

8. 今までに転倒により骨折したことはありますか。

- ①あり (骨折部位 :                      )(      歳頃)      ②なし

9. 聴力でお困りごとはありますか。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①特に困っていない      ②聴こえにくい      ③補聴器を使用している

10. 睡眠についてお聞かせください。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①良く眠れている      ②あまり眠れていない

11. 煙草は吸いますか。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①吸う (      本/日)      ②吸わない      ③吸っていたがやめた (      歳まで      本/日)

12. お酒は飲みますか。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①飲む      ②飲まない

13. 現在、車やバイクの運転はされていますか。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①している ( 車 ・ バイク )      ②していない      ③していたがやめた

14. 趣味や楽しみはありますか。

- ①あり ②なし

※「あり」の方の趣味や楽しみは何ですか。(趣味や楽しみをお書きください)

15. 介護保険の認定は受けていますか。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①受けていない ②申請中 ③受けている

※「受けている」と答えられた方は介護度に○をつけてください。

要支援 1 2

要介護 1 2 3 4 5

※担当事業所：( )

※担当者(ケアマネ等)氏名：( )

16. 利用中のサービスはありますか。(当てはまる番号に○をつけてください)

- ①あり ②なし

※「あり」の方は、利用しているサービスに○をつけてください。

①デイサービス ( 回/週) ②デイケア ( 回/週) ③ヘルパー ( 回/週)

④訪問看護 ( 回/週) ⑤ショートステイ ( 日間/回)

⑥その他 ( )

17. 当院を何でお知りになりましたか。(当てはまる番号に○をつけてください)

①当院ホームページ ②知人より紹介 ③かかりつけ医より紹介

④京都光華女子大学セミナー参加 ⑤看板を見て

⑥その他( )

## ものわすれチェックリスト

記入日： 令和        年        月        日

回答者： 本人、その他(                    )

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

性別    男 ・ 女 \_\_\_\_\_

次のチェックリストで、当てはまる番号に丸をつけてください。

1. 最近、物忘れが多い。あるいは物忘れを人から指摘された。
2. 以前はあった関心や興味が失われ、悲観的になることがある。
3. 同じことを短い時間のうちに何度も言ったり聞いたりする。
4. 置き忘れやしまい忘れ、探し物が多くなった。
5. 日常生活や身の管理ができにくくなった（例；日課をしなくなった。；薬の管理ミスが多くなった。；計算の間違いが多くなった。；蛇口やガス栓の閉め忘れや、鍋やヤカンを焦がすことがある。；同じものを何度も買ったり、注文したりする。）
6. 時間や場所が不確かになり、約束事を間違えるようになった。
7. 慣れている所で、道がわからなくなることがある。
8. 脳卒中・脳梗塞だと言われたことがある（例；麻痺ないし失語症がある。；麻痺はないが行動や会話が減り実行力が落ちた。；機嫌にむらがある。）
9. 最近、よくむせる。しゃべりにくく、飲み込みにくいことがある。
10. 高血圧、糖尿病、あるいは脂質異常症がある。
11. 歩幅が狭く、歩きにくくなり、ふらつくことがある。
12. おしっこがすぐに出ずに回数が多くなった。あるいは尿漏れがある。
13. 頭がはっきりしている時とそうでない時の差がはげしく、変動がある。
14. 実際には居ない人や動物が見えたり、誰かが家の中に居る気がする。
15. 睡眠中に大声が出たり、体を激しく動かすなどの睡眠行動異常がある。
16. 動作が遅くなった。体が硬くなり、手足の振るえることがある。
17. 最近、作業ミスが多く、上司や同僚からも指摘されるようになった。
18. 最近、同情や共感性がなく空気が読めなくなり、無気力になった。
19. 同じ行動や言葉を繰り返す、決まった時間に同じ事をするようになった。
20. じっとしていられなく、店から物を持ち去るなど異常行動があった。

# 光華フレイルチェックリスト

氏名

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をつけてください)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	0.はい	1.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	0.はい	1.いいえ
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	0.はい	1.いいえ
12	身長                      cm                      体重                      kg (BMI=                      )		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	0.はい	1.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	0.はい	1.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	0.はい	1.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	0.はい	1.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	0.はい	1.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	0.はい	1.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	0.はい	1.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	0.はい	1.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	0.はい	1.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	0.はい	1.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	0.はい	1.いいえ
26	軽い運動・体操(農作業も含む)を1週間に何日くらいしていますか	日/週	
27	定期的な運動・スポーツ(農作業を含む)を1週間に何日くらいしていますか	日/週	

握力(利き手)

kg

5m歩行速度

s

# The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:	生年月日: 年 月 日 ( 歳)	男・女	独居・同居
本人以外の情報提供者氏名: (本人との続柄: )		記入者氏名: (所属・職種: )	

		1点	2点	3点	4点	評価項目	備考欄
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)	
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる		
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		
4	今日が何月何日かわからないことがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	時間
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		道順
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決 判断力	問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		社会的判断力
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外の IADL	買い物
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		交通機関
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理
12	貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	電話
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		食事の準備
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		服薬管理
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ①	入浴
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		着替え
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		排泄
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	整容
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		食事
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移動
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		