

精神状態調査票

ご利用者の精神状態について、恐れ入りますがご記入戴きますようお願い申し上げます。

※□には☑(チェック)を、頻度についてはだいたいで結構です。 ex. 2週間に1回の場合 1回/2日(週)・月

氏名	様 (男・女)	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
		自立度ランク	() — ()	介護度	要 ()			
1	認知症状は?	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (軽度・中等度・高度)	2	認知症 ランク	無・I・II(a・b)・III(a・b)・IV・M		
3	長谷川式スケールは?	_____点		(年	/)	<input type="checkbox"/> 施行無し
4	ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り					
5	うつ症状	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)		
6	物盗られ妄想	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)		
7	作話	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)		
8	幻覚	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)		
9	不定愁訴	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
10	感情失禁	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)		
11	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
12	不快な音をたてる	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	内容()				
13	(独語・大声・暴言)をあげる	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
14	介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
15	目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
16	1人で外に出たがる	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
17	帰宅願望	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
18	収集癖	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
19	暴力行為	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
20	不潔行為	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
21	性的問題行動	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	(頻度	回/	日・週・月)	内容対処法 ()	
所属機関		ご記入者		記入年月日		年 /		
※その他、看護介護上注意すべきこと等ございましたら、恐れ入りますがお書きください。								
ご協力ありがとうございました。 介護老人保健施設四季の里								