

認知症 症状チェックシート

記入日 年 月 日

患者氏名

記入者

続柄：

	項目	チェック	↓具体的なエピソードあれば記入
中核症状	物忘れ(物の置き忘れ・紛失)	<input type="checkbox"/>	
	段取りが立てられない	<input type="checkbox"/>	
	失認(物の位置や物の認識がわからなくなっている)	<input type="checkbox"/>	
	失行(日常の動作が苦手になっている)	<input type="checkbox"/>	
	見当識障害(日付・時間・場所・人)	<input type="checkbox"/>	
	理解力・判断力の低下	<input type="checkbox"/>	
	失語(聞く・読む・話す・書くといった機能が低下している)	<input type="checkbox"/>	
周辺症状	火の消し忘れ・水道の閉め忘れ	<input type="checkbox"/>	
	不安・焦燥・興奮	<input type="checkbox"/>	
	暴言・暴力	<input type="checkbox"/>	
	徘徊(屋内・屋外)	<input type="checkbox"/>	
	妄想	<input type="checkbox"/>	
	睡眠障害	<input type="checkbox"/>	
	易怒性	<input type="checkbox"/>	
	介護抵抗	<input type="checkbox"/>	
	約束を忘れる	<input type="checkbox"/>	
	幻視・幻聴	<input type="checkbox"/>	
	意欲低下	<input type="checkbox"/>	
	入浴拒否	<input type="checkbox"/>	
	抑うつ	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	
	食欲増加	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>		