

## ご本人のプロフィール

記載者 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

※ 初めに相談を受け付け、この手帳を使用することにご同意いただいたところが記入してください。

診断名	診断した医療機関名 ( ) 診断名 [ ]
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
既往歴 (今までの病気・けが)	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
通院中の医療機関	
病気の経過	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ お薬： 食物： その他： ]
現在の職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 勤務先 [ ] 仕事の内容 [ ]
以前の職業	歳～ 歳頃 [ ] 歳～ 歳頃 [ ] 仕事の内容 [ ]
出身地	県 市 ( 歳まで居住)



## 暮らしの様子

※ ご本人、ご家族がご記入ください。ご本人やご家族の話を聞いて、相談機関の方に記入していただいても結構です。全部記入する必要はありません。

(記載者)

(本人との関係)

記入年月日 ( 年 月 日)

項目	長年の習慣や好み
食事の習慣	介助 (要・否)
飲酒・喫煙	飲酒 : 有 (1日 合) ・無 清酒1合の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ワイン2杯(240ml) 喫煙 : 有 (1日 本) ・無
排泄の習慣	介助 (要・否)
お風呂の習慣	介助 (要・否)
身だしなみ (歯磨き・髭剃り等)	介助 (要・否)
睡眠	
お金の管理	介助 (要・否)
家事	介助 (要・否)
歩行・外出	介助 (要・否)
その他	

**症状の当てはまる項目にチェックをしてください。**

※ 中心に関わっている機関が半年に1回評価します。状況が変化した時には、随時記入し、必要時他機関につなぎます。

(記載機関)

(記入者)

確認する症状		年 月 日	年 月 日	年 月 日
見 当 識	年月日の感覚が不確か（だいたいわかる）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	季節や場所がわからないことがあるが、ヒントがあれば答えられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	配偶者や子供の顔もわからなくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
会 話	日常の会話に困らない、知識も保たれている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	必要なことは言うことができる。簡単な会話はわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	簡単な会話もわからないが、気持ちを表現することはできる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お 風 呂	自分でお風呂に入ることができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	お風呂に入ることを忘れることがあるが、自分で体を洗うことや温度調整ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手助けなしで、自分でお風呂にきちんと入ることができない（お風呂の温度や量の調節ができない、体をうまく洗えない）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
着 衣	自分で洋服を選び、着ることができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ふさわしい衣類をそろえるなどの介助があれば、衣類を着ることができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手助けなしで、状況にあった服を選んで着ることができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排 泄	一人でトイレをすますことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	トイレの水を流すのを忘れて、きちんと拭くことを忘れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
そ の 他	虫、人、動物など実際にはいないものが見える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	大声を出したり、暴力をふるう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	帰り道がわからなくなったり、迷子になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他（ <input type="text"/> ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>