

オレンジパスポート

Ver, 2

由布物忘れネットワーク

初期認知症徴候観察リスト (OLD)

氏名 _____ 年齢 _____ 才 男・女 _____ 検査日 20 ____ 年
月 ____ 日

記憶・忘れっぽさ

- いつも日にちを忘れている。
- 少し前のことをしばしば忘れる。
- 最近聞いた話を繰り返すことができない。

語彙・会話内容の繰り返し

- 同じことを言うことがしばしばある。
- いつも同じ話を繰り返す

会話の組み立て能力と文脈理解

- 特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある。
- 話の脈絡をすぐに失う。
- 質問を理解していないことが答えからわかる。
- 会話を理解することがかなり困難。

見当識障害・作話・依存など

- 時間の観念がない。
- 話のつじつまを合せようとする。

- 家族に依存する様子がある。

(本人に質問すると家族のほうを向くなど))

プロフィール

ふりがな _____ 記入日：20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名 _____ 性別 男・女 _____ 年齢 才 _____

生年月日 明治 大正 昭和 _____ 年 ____ 月 ____ 日

住所（住民票所在地）〒 _____

市

介護度 自立 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

介護認定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 頃

家族や知人**連絡先** _____ 同居 続柄 _____

主介護者 _____ 同・別 _____ TEL (_____) _____

副介護者 _____ 同・別 _____ TEL (_____) _____

同・別

同・別

今までにかかった病名 _____ 時期（頃から） _____

① _____ ④ _____

② _____ ⑤ _____

③ _____ ⑥ _____

発症時期（物忘れを自覚、または周囲の方が気づいた時期） 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日頃

いつからどのようにありましたか？

現在の治療状況と留意事項

物忘れ診断名 (確定 疑い) (診断日 年 月 日)

習慣 たばこ 1日 本× 年 アルコール 酒/焼酎/ビール 計 合/ ml

アレルギー歴 有・ 無 ()

障がいの状況

片麻痺 (右側 左側) (重度 軽度) ふるえ 歩行障害

嚥下障害 (むせ) 失語 難聴 視力障害

特記事項 ()

学業歴

年/才頃

職業歴及び結婚歴

年/才頃

趣味

宗教

経済状況 (年金の種類など)

国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護

その他 () 総月額 円ほど

介護保険 被保険者番号

資格所得 平成 年 月 日

成年後見制度利用 : 有・ 無

健康保険 保険種類

被保険者名

被保険者との続柄

身体の状態

(ここ1カ月間の状態を前回と比較して記入してください)

記入日 20 年 月 日

記入者名 _____

体重 Kg 減 維持 増 食欲 減 維持 増

食事 自立・要介助 特別食 (粥食・きざみ・トロミ・その他)
誤嚥 (むせ) 頻度 (ない・時々・しばしば・頻回) 見守りの必要性

飲水状況 自立 見守り 喉の渇き 脱水
飲水量 (500ml以下・500ml~1L・1L~1.5L・1.5L以上)

歩行 自力・杖使用・車いす 転倒の危険性 見守りの必要性

睡眠 良・不良 (眠剤使用) 不眠の種類 (入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・
夜間頻尿・夜間徘徊・眠剤の多用・覚醒不良)

排尿 失禁 (日中 回・夜間 回) 頻尿 (日中 回・夜間 回)
排便 失禁 便秘 (週 回) おむつ使用 (有 無 尿とりパッド使用)

入浴 自立・要介助・特殊浴 入浴頻度 毎日・週 回・なし

はみがき (口腔ケア) 毎日・週 回・なし 義歯の使用 (有 無)

皮膚病 (かゆみ・湿疹・その他) (部位 _____ ・全身)
褥瘡 (右・左) 仙骨・腸骨・かかと・背部 経過 (改善・増悪)
足のむくみ (軽・重) 全身のむくみ (軽・重)

しばしばみられる症状 (複数回答)

立ちくらみ・めまい・失神・どうき・呼吸困難・息切れ・咳・痰・
胸痛・腹痛・関節痛 (部位 _____)・頭痛・長く続く微熱・突然の高熱・
下痢・黒色タール便・血便・肉眼的血尿・その他 (_____)

特記事項

生活の状況

ここ1カ月間の生活の状況を記入してください。

朝_____時頃起床

ハミガキ、洗顔、化粧などの整容

朝食の摂取状況

午前中の生活

畑仕事、買い物などのお出かけ 週____回

デイサービスの利用 週____回

昼食の摂取状況

午後の生活

畑仕事、買い物などのお出かけ 週____回

お昼寝の時間と頻度 毎日 ときどき_____時間

夕食の摂取状況

入浴の状況

入眠の時間_____時頃

治療薬とその経過

医療機関 () 医師 ()

薬剤名	投与量 (mg・包)	投与法	治療開始日
A		朝・昼・夕・眠前	治療開始日 20 年 月 日 頃
B		朝・昼・夕・眠前	治療開始日 20 年 月 日 頃
C		朝・昼・夕・眠前	治療開始日 20 年 月 日 頃
D		朝・昼・夕・眠前	治療開始日 20 年 月 日 頃
E		朝・昼・夕・眠前	治療開始日 20 年 月 日 頃

経過 (投与量記入)

週	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A												
B												
C												
D												
E												
週	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
A												
B												
C												
D												
E												

治療効果および副反応

薬剤名	薬効評価 (効果の内容及び副反応)
A	
B	
C	
D	
E	

代表的治療薬

ドネペジル (アリセプト) (3, 5, 10mg)	セルトラリン (ジェイゾロフト) (25, 50mg)
クエチアピン (セロクエル) (25, 100, 200mg)	パロキセチン (パキシル) (10, 20mg)
リスペリドン (リスパダール) (1, 2, 3mg)	トラゾドン (レスリン) (25, 50mg)
オランザピン (ジプレキサ) (2.5, 5, 10mg)	抑肝散
チアプリド (グラマリール) (25, 50mg)	
フルボキサミン (デプロメール) (25, 50, 75mg)	

BPSD（周辺症状）

医師名 _____

周辺症状 有・無

※ある場合該当する所にチェック

過活動性症状

- せん妄
- 幻覚・妄想
- 不安・焦燥
- 徘徊・多動
- 異食・過食
- 夜間の不眠

低活動性症状

- 意欲低下
- 自発性低下
- 抑うつ
- 依存
- 日中の傾眠
- その他

具体的な症状

対処の方法と評価

薬物治療アプローチ

BPSDの種類	投与薬の種類と量	評価

その他のアプローチ

BPSDの種類	手法	評価

あなたのページ

あなたの今の生活について（家族やケアマネージャーの方と一緒に書きましょう）

記入日 20 年 月 日

① 今の生活に満足していますか？

② 家族や周りの人たちに感謝していますか？

③ これからどのような生活を希望しますか？

④ あなたが自分ひとりで、今やっている事は何ですか？

⑤ 今してはいるが、やろうとすればできる事は何ですか？

⑥ 一人ではできないが、自分のやりたい事は何ですか？

⑦ 今、あなたが困っている事、不安に思っている事は何ですか？

⑧ これから心配な事は何ですか？

家族のページ

ご家族の今の生活について

記入日 20 年 月 日

⑨ 今の生活に満足していますか？

⑩ 周囲のサポートは十分ですか？そして今の介護サービスに満足していますか？

⑪ これからどのような介護サービスを希望しますか？

⑫ ご家族が、患者さんに今やっている事は何ですか？

⑬ ご家族が、今はしていないがやろうとすればできる事は何ですか？

⑭ ご家族が、患者さんのためにやりたい事は何ですか？

⑮ 今、困っている事は何ですか？

⑯ これから不安な事は何ですか？

ご家族とケアマネ・介護士のページ

日時	ご家族	(サイン)	日時	ケアマネ・介護士	(サイン)

医療、介護サービスの経過

医療・介護サービス名	事業所名	利用時間	利用頻度（曜日）

サービス利用時のご様子

事業者名（ ） 記入日 20 年 月 日

事業者名（ ） 記入日 20 年 月 日

事業者名（ ） 記入日 20 年 月 日

かかりつけ医と専門医のページ

日時	かかりつけ医	(サイン)	日時	専門医	(サイン)

パスポート関連施設リスト

かかりつけ医

医療機関名	専門	医師名		
住所			TEL ()	—
メールアドレス	_____		FAX ()	—

医療機関名	専門	医師名		
住所			TEL ()	—
メールアドレス	_____		FAX ()	—

専門医

医療機関名	専門	医師名		
住所			TEL ()	—
メールアドレス	_____		FAX ()	—

医療機関名	専門	医師名		
住所			TEL ()	—
メールアドレス	_____		FAX ()	—

担当ケアマネージャー

施設名	氏名			
住所			TEL ()	—
メールアドレス	_____		FAX ()	—

施設名	氏名			
住所			TEL ()	—
メールアドレス	_____		FAX ()	—

介護サービス提供者

施設名	代表氏名		
住所		TEL ()	—
メールアドレス	_____	FAX ()	—

施設名	代表氏名		
住所		TEL ()	—
メールアドレス	_____	FAX ()	—

施設名	代表氏名		
住所		TEL ()	—
メールアドレス	_____	FAX ()	—

施設名	代表氏名		
住所		TEL ()	—
メールアドレス	_____	FAX ()	—

発行者 由布物忘れネットワーク
代表 川崎 紀則
副代表 吉岩あおい・木村成志・石井啓義
コーディネータ 佐藤慎二郎