

ID	名前	性別	年齢	介護度
----	----	----	----	-----



オヤッ? と Card

● 普段とくらべて オヤッ? と感じることはありますか。

■ 普段と比べて良くなっているように感じたこと。

■ 普段と比べて悪くなっているように感じたこと。

● 下記の項目について、「はい (Yes)」「いいえ (No)」「わからない (?)」
いずれかにチェック (✓) を入れてください。

A. 療養中新たに出現した、あるいは進行・悪化したことについて

Yes ・ No ・ ?

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 顔色が悪くなってきた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 不眠を訴えるようになってきた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 薬の数が増えたり、服薬がむずかしくなったりしてきた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 新しい薬を飲むようになって、発赤、かゆみ、熱など、今までにない症状がでてきた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 食欲がなくなり、体調が悪くなったり、徐々に元気がなくなったりしてきた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. ADL (日常生活動作能力) の低下について

Yes ・ No ・ ?

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. 日常の身近なことができなくなってきた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

C. 運動機能の低下について

Yes ・ No ・ ?

7. はたから見ていて、転倒の危険を感じるようになってきた。
8. 力が弱くなったり、移動するのを面倒がるようになってきた。

D. 閉じこもりについて

Yes ・ No ・ ?

9. 外出を嫌がったり、閉じこもりがちになってきた。

E. 認知症について

Yes ・ No ・ ?

10. 以前と比べて性格、態度、振る舞いなどが少し変わってきた。
11. 薬の飲み忘れが目立ってきた。
12. 今の日時や自分のいる場所が分からなくなってきた。

F. うつ症状について

Yes ・ No ・ ?

13. 日々の生活に活気がなく、表情が乏しくなってきた。
14. 物事を悲観的に考えるようになってきた。

G. 低栄養について

Yes ・ No ・ ?

15. 食事のとり方が悪くなったり、体重が増えたり減ったりしてきた。
16. 寝だこ（圧迫されたところ）が赤くなってきた。
17. むくみが出たり、腹部が大きくなったりしてきた。

H. 口腔機能の低下について

Yes ・ No ・ ?

18. 口の中が痛い、飲み込みが悪い、むせる、口臭があるなどの症状がでてきた。
19. 本人の言葉が聞き取りにくかったり、会話が減ったりしてきた。
20. 入れ歯の具合が悪くなってきた。

I. 介護をしている人（家族・同居人など）について

Yes ・ No ・ ?

21. 介護をしている人の愚痴が多くなってきた。
22. 介護をしている人が、緊急時への不安を言うようになってきた。
23. 介護をしている人に、なげやりな態度がみられるようになってきた。
24. 介護をしている人が、虐待をしているかもしれないと、感じられてきた。