

⑥これまでの経過・変化に気付いた時期	
⑦現在治療中の病気	(服用している薬)
医療機関名 () 担当医師名 () 病名	
医療機関名 () 担当医師名 () 病名	
⑧日常生活の状況	
<p>ア. 状態 <input type="checkbox"/> 起きている <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 寝たきり ()</p> <p>イ. 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>ウ. 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>エ. 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>オ. 睡眠 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠気味 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <input type="checkbox"/> 過眠ぎみ、寝ていることが多い ()</p> <p>カ. 薬の管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>キ. 金銭管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>ク. 買物 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>ケ. 炊飯 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>コ. 掃除 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>サ. 洗濯 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()</p> <p>シ. 趣味 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (内容 :)</p> <p>ス. その他 []</p>	
⑨備考	
	(家族構成)