

高齢者運転免許外来 予診票

カルテ No. _____

記入日： 年 月 日

おなまえ		生年月日： 年 月 日 歳
同行者		ご本人との関係（ ）
かかりつけ医	なし・あり（ ）	
運転免許について	※運転免許について思うところをご自由にお書きください。	

1. 症状経過について・症状の出現の仕方など（ご家族や周囲の人が気付いてからの経過・対応など）

気になる症状は？	
いつ頃から？	

いま、困っていること（当てはまる項目にチェックして下さい。）

もの忘れ（自覚： 有 無） 意欲低下 収集癖 物盗られ妄想
 幻視・幻聴 こだわりのある行動 異常な食欲 外出して戻れない（徘徊）
 暴力（ 特定 不特定） 性格の変化 物事の段取りがうまくできない
 金銭管理が困難 服薬管理が困難 介護拒否（ 本人 家族）
 介護者の認知症の理解 介護力の不足
 その他具体的に

2. 生活状況、本人の状態について（当てはまる項目にチェックして下さい。）

【日常生活状況】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	掃除洗濯： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
服薬管理： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	調理： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
買物： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
金銭・財産管理： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
医療機関の受診： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
【要介護認定】	
<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5	