

GDS15

GDS15（高齢者用うつ病評価尺度）記録シート

※本紙は記録用です。設問文は含みません。

患者ID	評価日
評価者	場所
実施方法（口頭／自己記入）	補聴器・眼鏡（任意）

評価前に固定する6点セット（再評価の再現性）		
固定項目	チェック（固定できたら□に✓）	メモ
時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	
場所	<input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> デイルーム	
実施方法	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 自己記入	
補聴器・眼鏡	<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 眼鏡	
身体要因	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 睡眠不良	
注意・意識	<input type="checkbox"/> せん妄疑い <input type="checkbox"/> 注意低下	

採点記録（回答 → 点数 → 合計）				
番号	逆転	回答（はい／いいえ）	点	メモ（短文）
1	R	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5	R	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
6		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
7	R	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
8		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
9		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
10		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
11	R	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
12		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
13	R	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
14		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
15		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
...			0-15	

逆転項目：1、5、7、11、13（R） ※採点は院内ルールに従ってください

再評価メモ（イベント・条件差・介入更新など）
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>