

もの忘れ外来問診票

氏名 _____

(男 ・ 女)

I. おかしいなと思われたのはいつからですか？

ひどくなった時期ではなく、少しでもおかしいと感じた時期です。

約 _____ 年 _____ ヶ月前

II. 今までに下記の症状がでたことがありますか？

あるものすべての□に 印をつけてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ものの置き忘れやしまい忘れが非常に目立つ | <input type="checkbox"/> 約束を全く忘れる |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何回も言ったり聞いたりする | <input type="checkbox"/> 計算(数字、電話番号、暗証番号)をよく間違える |
| <input type="checkbox"/> 月日、時間がわからない | <input type="checkbox"/> 台所やトイレの場所がわからない |
| <input type="checkbox"/> 慣れた道に迷う | <input type="checkbox"/> 家族を間違える |
| <input type="checkbox"/> 会話時に言葉が出にくいことが、しばしばある | <input type="checkbox"/> こみいった話がわからない |
| <input type="checkbox"/> ものの名前が言えず、「あれ」「それ」「これ」が非常に多い | <input type="checkbox"/> テレビドラマの筋についていけない |
| <input type="checkbox"/> 自動販売機に硬貨が入れられない | <input type="checkbox"/> 服のボタンを留めることができない |
| <input type="checkbox"/> ひもを結べない | <input type="checkbox"/> 服をちゃんと着ることができない |
| <input type="checkbox"/> 料理が下手になった | <input type="checkbox"/> 家事や仕事の段取りがわからない |
| <input type="checkbox"/> 洗濯機、掃除機、テレビのリモコンが使えなくなった | <input type="checkbox"/> 自分で考えながら買い物ができない |
| <input type="checkbox"/> 落ち着かない | <input type="checkbox"/> 盗まれたと騒ぐ |
| <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった | <input type="checkbox"/> 実際ないものがみえる |
| <input type="checkbox"/> 性格が変わった | <input type="checkbox"/> 夜騒ぐ |
| <input type="checkbox"/> 外出をしなくなる | |

III. 今までに頭の検査(CT、MRI)をしたことがありますか？

ない

ある 　いつ頃 _____、どこの病院で _____
 医者からどういわれましたか？ _____

IV. 今までに病気になったことはありませんか？あればお書き下さい。

V. 今、最も困っていらっしゃる症状はなんですか？あればお書き下さい。

ご家族様記入用紙

もの忘れ問診票 (判る範囲でお書きください)

受診者の氏名 男 女 歳

職業(何歳まで働いていたか):

生活様式 自宅 《 单身 同居 (どなたと?)》

高齢者住宅 有料老人ホーム グループホーム 介護老人保健設

特別養護老人ホーム その他()

本日外来受診の主な目的&希望: _____

現在最も心配、困っていること: _____

もの忘れが始まったのは 平成 年 月頃

最近あったもの忘れの具体例

1 _____

2 _____

3 _____

行動障害の具体例(徘徊・昼夜逆転・物盗られ妄想・幻覚など)

1 _____

2 _____

3 _____

下記◎については、受診者様が記入していただいてもかまいません。

◎現在かかられている(かかりつけ)医院・病院があれば教えてください。

医療機関名:

医師名:

本日紹介状はお持ちですか? (有・無)

◎現在内服中のお薬

1 # 2 # 3 # 4 # 5

6 # 7 # 8 # 9 # 10

◎現在の介護度 未申請 自立 要支援 I II 要介護 I II III IV V

◎現在利用している介護保険サービス

1 # 2

3 # 4

その他:

付き添いの方とのご関係: 配偶者 兄弟 息子 娘 嫁 その他()

氏名: 連絡先:

氏名: 連絡先:

*受診者様以外の連絡先の協力をいただいております。