

もの忘れ外来 問診票(ご家族記入用)

患者氏名 _____ 年齢 _____ 男・女 _____
記入者氏名 _____ (続柄) _____
ご家族連絡先 _____

1、本日、受診された理由を教えてください。(あてはまるものすべてに✓をつけてください)

- 本人がもの忘れを心配して 家族がもの忘れを心配して 脳の精密検査を希望
 もの忘れの治療を希望 人に勧められて(誰から: _____)

2、現在、どのような症状がありますか？(あてはまるものすべてに✓をつけてください)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> もの忘れ | <input type="checkbox"/> しまい忘れ | <input type="checkbox"/> 探しものが増えた |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も尋ねる・話をする | <input type="checkbox"/> 日付がわからなくなる | <input type="checkbox"/> 親しい人の顔・名前が分らない |
| <input type="checkbox"/> 意思の疎通がはかれない | <input type="checkbox"/> 道に迷うことがある | <input type="checkbox"/> ものごとの興味関心が薄れた |
| <input type="checkbox"/> 意欲の低下 | <input type="checkbox"/> 外出しなくなった | <input type="checkbox"/> 疲れやすくなった |
| <input type="checkbox"/> 動作が鈍い | <input type="checkbox"/> 落ち着きがない | <input type="checkbox"/> 薬を飲み忘れる |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった | <input type="checkbox"/> 火の消し忘れがある | <input type="checkbox"/> 電気のスイッチの場所が分らない |
| <input type="checkbox"/> 身なりに無頓着になった | <input type="checkbox"/> 日中よく居眠りする | <input type="checkbox"/> 夜眠れない |
| <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった | <input type="checkbox"/> 性格が変わった | <input type="checkbox"/> 見えるはずのないものが見える |
| <input type="checkbox"/> 大切なものを盗まれたと言う | <input type="checkbox"/> 入浴や着替えを嫌がる | <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 |
| <input type="checkbox"/> 良いときと悪いときの差が激しい | <input type="checkbox"/> 電気機器の使い方がわからない | <input type="checkbox"/> リモコンのボタンの位置が分らない |
| <input type="checkbox"/> 買い忘れや同じ物を買ってしまうことがある | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

3、もの忘れはいつ頃から気になるようになりましたか？きっかけになった出来事も教えてください。

いつ頃から？ _____

きっかけとなった出来事は何ですか？

4、今、一番お困りのことは何ですか？(詳しくご記入ください)



5、今までにどのような病気やけがをしましたか？(あてはまるものすべてに✓をつけてください)

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 がん
頭のけが うつ病 その他()

6、薬について

①飲んでいる薬を教えてください。

[]

②薬を管理している方は誰ですか？ 本人 家族

7、現在、車の運転状況について教えてください。

- する しない したいようだが止めている そのことで困っている

8 飲酒について教えてください。

① お酒は飲みますか？

- 飲まない 飲む(飲酒量: _____/日)

②いつ頃から飲まれていますか？(_____ 歳～ _____ 歳)

③飲まれている方は、どの頻度で飲まれますか？

- 毎日 週 3-4 回程度 週 1 回程度 月数回 飲まない

9、喫煙について

①たばこは吸いますか？

- いいえ はい(_____ 本/日)

②喫煙歴がある方は、いつ頃から吸っていますか？(_____ 歳～ _____ 歳)

10、介護保険の認定は受けていますか？

- いいえ はい(要介護度: _____)

11、利用中のサービスはありますか？

- いいえ デイサービス デイケア ヘルパー 訪問介護 ショートステイ
その他()

12、ご本人は現在、仕事をされていますか？

している(仕事内容: _____)

していない(以前の仕事内容: _____)

13、ご本人の普段の過ごし方を教えてください。(あてはまるものすべてに✓をつけてください)

- テレビ 読書・新聞 仕事 炊事 掃除 洗濯 散歩 趣味
庭のこと 買い物 畑仕事 サークル活動 友人と会話 寝ている
リハビリ デイサービス・デイケア 家族の介護
その他()

14、家の外に出かける頻度を教えてください。

- 毎日外出する 週に数回外出する ほとんど外出しない



もの忘れ外来 問診票(患者様記入用)

氏名 _____ 年齢 _____ 男・女

1、本日、受診された理由を教えてください。(あてはまるものすべてに✓をつけてください。)

- ご自身が物忘れを心配して 家族が物忘れを心配して 脳の精密検査を希望
物忘れの治療を希望 人に勧められて(誰から: _____)
その他(_____)

2、現在、どのような症状がありますか？あてはまるものすべてに✓をつけてください。

- ものごとを忘れっぽくなった。
ものをしまい忘れてしまうことがある。
どこにものを置いたか、しまったかがわからなくなることが増えた。
同じことを何度も尋ねてしまう。同じことを何度も話してしまう。
今日が何日か、何曜日か忘れることがある。
親しい人の顔・名前が分からなくなることがある。
相手と話の内容が通じ合っていないと感ずることがある。
道に迷ってしまうことがある。
いろいろなことへの興味・関心が薄れたような気がする。
何事にもやる気がおこらない。
家の外に出かけなくなった。
疲れやすくなった。
動作が遅くなったような気がする。
落ち着いていることが苦手になった。
薬を飲み忘れてしまうことがある。
金銭の管理が苦手になった。
台所などの火を消し忘れてしまうことがある。
部屋やトイレなどの電気を消し忘れてしまうことがある。
身だしなみを気にしなくなった。
日中よく居眠りをしてしまう。
夜眠れないことがある。
怒りっぽくなったような気がする。
その他

3、家の外に出かける頻度を教えてください。

- 毎日外出する 週に数回外出する ほとんど外出しない

