

## もの忘れ外来問診票

※計3枚ございます。

令和 年 月 日

患者さんのお名前 \_\_\_\_\_

記入者のお名前 \_\_\_\_\_

患者さんとのご関係( )、ご家族の場合(同居・別居)

**以下当てはまるものに○をつけて下さい。**

### 1. 本日、受診された理由を教えてください(複数可)

- ( ) 認知症が心配(ご本人が or ご家族が)
- ( ) 周囲の方から勧められた ( ) 今、困っていることを相談したい
- ( ) 検査(CTやMRIなど)を受けたい ( ) 認知症のお薬を希望したい

### 2. もの忘れに気づいたのはいつ頃からですか？

そのきっかけになった出来事があれば教えてください。

いつ頃 \_\_\_\_\_ 出来事 \_\_\_\_\_

### 3. 症状の変化について、当てはまるものに○印をつけて下さい。

- ( ) 半年～1年前と比べて変わりはない
- ( ) 半年前/1年前と比べると、悪化している
- ( ) 急激に悪化している(ここ 日、あるいはここ ヶ月の間で)
- ( ) 良い時/悪い時の差が激しい(日による・週による・月による)

### 4. 以下の症状がありますか(当てはまるものをチェックしてください)

- ( ) 同じことを何度も言う・問う・する
- ( ) しまい忘れ置き忘れが増え、いつも探し物をしている
- ( ) 財布・通帳などモノが盗まれたという
- ( ) 慣れた道でも迷うことがある
- ( ) 今日が何月何日かがわからない
- ( ) 料理・運転・計算などのミスが多くなった
- ( ) 何でも食べてしまう
- ( ) 薬の飲み間違いが多くなった
- ( ) 自分の失敗を人のせいにする
- ( ) 些細なことで怒りっぽくなった
- ( ) 「なんか様子がおかしい」と周囲からいわれた
- ( ) 「頭がおかしくなった」と本人がいう
- ( ) 趣味や好きなテレビに興味を示さなくなった
- ( ) ふさぎこんで、何をするのも嫌がる
- ( ) 下着を替えないなど、身だしなみをかまわなくなった
- ( ) トイレを失敗することが増えた
- ( ) 見えるはずのないものが見えるという
- ( ) 夜中に起きて屋外を徘徊してしまう



- ( )手足が震える  
( )歩行が困難となってきた

5. 上記の症状により仕事や生活に支障が出ていますか？

(いる・いない)

6. 日常生活はどの程度可能ですか？

- 食事 (全てできる・一部できる・ほとんどできない・全くできない)  
トイレ(全てできる・一部できる・ほとんどできない・全くできない)  
整容 (全てできる・一部できる・ほとんどできない・全くできない)  
入浴 (全てできる・一部できる・ほとんどできない・全くできない)  
掃除 (全てできる・一部できる・ほとんどできない・全くできない)  
外出 (全てできる・一部できる・ほとんどできない・全くできない)  
買い物(全てできる・一部できる・ほとんどできない・全くできない)  
車の運転(している・していない・やめた)

7. もの忘れでこれまで他の医療機関を受診したことが(ある・ない)

ある場合の医療機関名( )

8. 現在治療中の病気があればチェックして下さい

- ( )高血圧症・( )糖尿病・( )脂質異常症・( )心不全  
( )不整脈・( )腎臓疾患・( )肝機能障害・( )甲状腺疾患  
( )うつ病・( )パーキンソン病・( )心筋梗塞・( )脳梗塞

9. 上記以外の病気や手術歴について教えて下さい

( )、( )  
( )、( )

10. 生活習慣について教えて下さい

- ・睡眠:( )時 ~ ( )時の( )時間  
・喫煙:( )今まで一度もない  
( )吸う: \_\_\_\_\_本/日 \_\_\_\_\_年間  
( )やめた: やめるまで\_\_\_\_\_本/日 \_\_\_\_\_年間  
・飲酒:( )しない  
( )機会飲酒  
( )週\_\_\_\_\_日: 1日の飲酒量( )

11. 介護保険の利用について教えてください

- ・利用(している・していない・現在申請中)  
・要介護度(要支援1・2、要介護1・2・3・4・5)  
ケアマネージャーが(決まっている・決まっていない)  
事業所( )担当( )

12. 介護サービスを利用していますか？



(利用している ・ 利用していない)

- ( ) デイサービス ・ ( ) デイケア ・ ( ) ショートステイ  
( ) 訪問介護 ・ ( ) 訪問看護 ・ ( ) 訪問リハビリ  
( ) 訪問入浴 ・ ( ) 小規模多機能 ・ ( ) その他

**13. 今回の診察で希望されることは何ですか？**

- ( ) 認知症になっていないか、判断してほしい(精査/治療したい)  
( ) 活気を出してほしい  
( ) 落ち着いてほしい、眠れるようになってほしい  
( ) 介助量を減らしたい  
( ) 在宅生活の継続・居所について相談したい  
( ) ご家族が休める時間がほしい

**14. 他に相談したいことや気になることをご自由に記載してください**

( )

**15. 緊急連絡先(ご家族等)**

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 患者さんとのご関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_