

# 物忘れ外来 問診票

一人で来られた方は患者本人が、御家族と来られた方は御家族が記入して下さい。

患者様のお名前		年齢	
同伴者様のお名前		ご関係	

以下、患者様について伺います。あてはまる項目に○をつけるか、あるいは記入をお願いします。

1. 現在、誰と一緒に生活していますか。

- ・ 家族と一緒に（配偶者・息子・娘・その他 \_\_\_\_\_）
- ・ 一人で生活している
- ・ 施設に入所中（施設名： \_\_\_\_\_）

2. 介護保険の認定を受けていますか。

・ 受けている	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	申請中
---------	-----------	-----------------------	-----

⇒使用しているサービス

※事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

- ・ 申請していない
- ・ 今後申請予定

3. 運転免許書を持っていますか。

- ・ はい（現在も運転している・運転していない・返納予定）
- ・ いいえ

4. 受診のきっかけは何ですか。

- ・ 本人、家族の希望
- ・ かかりつけ医のすすめ
- ・ ケアマネージャーのすすめ
- ・ 行政(保健センター・地域包括支援センター・警察等)のすすめ
- ・ その他( \_\_\_\_\_ )

※裏面へのご記入もお願いします。

5. 現在お困りの症状についてご記入下さい。また、あてはまるものに○をつけてください。

何度も同じことを話したり、尋ねる	感情のムラが激しい
物の置き忘れが多い	怒ったり興奮しやすい
日時がわからなくなる	思考が鈍く返答に時間がかかる
道を間違える	動作が鈍い
火や水道等の不始末がある	同じ動作を繰り返す
薬の飲み忘れ、飲み間違いがある	片付けが出来ない
いない人や物が見えると言う	身だしなみをかまわなくなる
寝言が多い	言葉数が減った
夜間突然起きて行動をする	「あれ」、「これ」のことばが多い
小刻み歩行をする	物や人の名前が言えない
トイレの失敗がある	じっとしてられない
使い慣れた物の操作が出来ない	以前より活気がなくなった

※気になり始めたのはいつ頃ですか。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃から

※何かきっかけと思われることはありますか。

6. これまで認知症関連の問題について受診や相談をしたことはありますか。

- ・ない
- ・ある（下記をご記入下さい）

時期		医療機関名	
診断名		通院	通院中・通院はしていない

ありがとうございました。