

## もの忘れ外来 問診票

お名前： \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_歳

記入日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

1. 現在困っている症状やご受診の理由となったことを教えてください  
(可能な限り、いつからどのような症状が起きたか、時系列に沿ってご記載ください)

2. 以下の日常動作において、現在該当するものがあれば、○印をつけて、いつ頃からできなくなったかを教えてください。

- ① 最近の大きな出来事を忘れるようになった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
② 日付や場所がわからなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
③ これまでできていた判断や問題解決ができなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
④ 買い物が適切にできなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
⑤ お金の管理ができなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
⑥ お薬を決まった時間に内服できなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
⑦ 電話を適切にかけることができなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
⑧ 公共交通機関が適切に使えなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
⑨ 物事への関心がなくなった。趣味をしなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
⑩ 着替えや身の回りの整容など身だしなみを保つことができなくなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
⑪ 排便や排尿などトイレの失敗が多くなった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)  
⑫ 食事動作が上手にできなくなった。もしくは時間がかかるようになった( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_頃から)

3. 介護保険は申請されていますか？該当する箇所に○印をつけてください。

未申請・申請中・認定済み(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)

(認定済みの場合)：ケアマネージャーはいますか？

(事業所： \_\_\_\_\_ お名前： \_\_\_\_\_)

4. 認知症のケアには、患者さまの現在の生活状況が大きく関わってきます。患者さまの生活場所を教えてください。また外来に付き添いいただける方のご関係を教えてください

- ・生活様式：①自宅 → 単身 ・ 同居(どなたと？ \_\_\_\_\_)  
②施設(高齢者住宅・有料老人ホーム・グループホーム・老人保健施設・特別養護老人ホーム)  
③その他( \_\_\_\_\_ )  
・外来を付き添いされる方のご関係：配偶者・きょうだい・息子・娘・その他( \_\_\_\_\_ )

5. 認知症の診断や治療には、過去に学んできたことやお仕事の内容が影響してきます。差し障りなければ、患者さまのご学歴や、これまでのお仕事内容を簡単に結構ですので教えてください

- ・最終学歴：小学校・中学校・高校・専門学校・大学・その他( \_\_\_\_\_ )  
・ご職業(何歳まで働いていましたか?)： \_\_\_\_\_

6. 患者さまの身長、体重、利き腕を教えてください。また飲酒状況や喫煙状況についても教えてください。

- ・身長は？( \_\_\_\_\_ ) cm 体重は？( \_\_\_\_\_ ) kg 利き腕は？( 右・左 )  
・タバコ、アルコール量は？

タバコ (      本/日)    アルコール (                      を                      ミリリットル/日)

7. 現在定期通院しているご病気があれば、病名と治療を受けている病院名を教えてください。

| 病名 | 治療を受けている病院名 |
|----|-------------|
|    |             |
|    |             |
|    |             |
|    |             |

8. これまでに大きな病気をされたことはありますか？いつ頃、どこの病院で治療を受けたかも教えてください

| 病名 | いつ頃 | 治療を受けた病院名 |
|----|-----|-----------|
|    |     |           |
|    |     |           |
|    |     |           |
|    |     |           |

9. 患者さまは車の運転をされていますか？ ( はい ・ いいえ )

↑認知症の診断がついた場合、車の運転はできなくなります。ご注意ください

その他、当院に対するご希望などあればご記載ください

|  |
|--|
|  |
|--|