

物忘れ 初診問診票

続柄

記入者名 _____ ()

【連絡先】

第一連絡先

お名前: _____ 続柄 ()

電話: _____

携帯: _____

第2連絡先

お名前: _____ 続柄 ()

電話: _____

携帯: _____

【これまでの事について教えてください】

病気 _____

入院 病名: _____ 入院年月日: _____

・()歳まで()の仕事をしていた。

・趣味や好きなことは ()。

・今は () して過ごすことが多い。

【現在の状況について教えてください】

○ 麻痺 [あり・なし] 部位 ()

○ 痛み [あり・なし] 部位 ()

《 日常生活について教えてください 》

① 食事 ⇒ [自分で食べられる・一部お手伝いがいる・全部お手伝いがいる]

② 着がえ ⇒ [自分で着替える・一部お手伝いがいる・全部お手伝いがいる]

③ 入浴 ⇒ [自分でできる・一部お手伝いがいる・全部お手伝いがいる]

④ トイレ ⇒ [自分でできる・一部お手伝いがいる・全部お手伝いがいる]

⑤ 行動 ⇒ [一人で外出できる・つきそいがいれば外出できる・ほぼ外出しない]

⑥ 行動範囲 ⇒ [隣近所まで・交通機関利用・車を運転する]

⑦ その他、お体の状態で気になることがあればお書きください。

[]

☆ ご家族の方 にお尋ねします。

現在、このような症状がありますか？

「以前とくらべて」ということを前提に、お答えください。

- 1) 今日の日付や曜日がわからないことがよくある (はい ・ いいえ)
- 2) 自宅の住所や電話番号を忘れることがある (はい ・ いいえ)
- 3) 同じことを言ったり、聞いたりする (はい ・ いいえ)
- 4) 物の名前や人の顔が思い出せない (はい ・ いいえ)
- 5) しまい忘れや置き忘れが、増えた (はい ・ いいえ)
- 6) 水道やガスの閉め忘れ、火の不始末がふえた (はい ・ いいえ)
- 7) 会話の途中で言いたいことを忘れる (はい ・ いいえ)
- 8) 買い物などお金の計算ができないことがふえた (はい ・ いいえ)
- 9) 慣れた所で道に迷ったことがある (はい ・ いいえ)
- 10) だらしなくなった (はい ・ いいえ)
- 11) ささいなことで、怒りっぽくなった (はい ・ いいえ)
- 12) お金や物を盗まれたと言う (はい ・ いいえ)
- 13) 寝ている時間が多くなったり、昼夜が逆転している (はい ・ いいえ)
- 14) 体の具合が悪いわけでもないのに、何もやる気がおきない様子がみられる (はい ・ いいえ)

1、ご本人はもの忘れについて、どう思っていますか？

2、ご本人はもの忘れ外来を受診することをどう思っていますか？

3、その他、現在お困りの症状、お話ししたい事があればご記入ください。

- 《ご本人記入》
 《ご家族記入》

☆ 差し支えなければ、ご本人がお書き下さい。

現在、このような状態がありますか？

「以前とくらべて」ということを前提に、お答えください。

————— 答えられる範囲で結構です。 —————

- 1) 今日の日付や曜日がわからないことがよくある (はい ・ いいえ)
- 2) 自宅の住所や電話番号を忘れることがある (はい ・ いいえ)
- 3) 同じことを言ったり、聞いたりしてしまう (はい ・ いいえ)
- 4) 物の名前や人の顔が思い出せない事が増えた (はい ・ いいえ)
- 5) しまい忘れや置き忘れが、増えた (はい ・ いいえ)
- 6) 水道やガスの閉め忘れ、火の不始末が増えた (はい ・ いいえ)
- 7) 会話の途中で言いたいことを忘れてしまう (はい ・ いいえ)
- 8) 買い物などお金の計算ができないことが増えた (はい ・ いいえ)
- 9) 慣れた所で道に迷ったことがある (はい ・ いいえ)
- 10) 最近、髪や衣類など、気が配れない (はい ・ いいえ)
- 11) 少しのことで、いらいらする (はい ・ いいえ)
- 12) お金や物を盗まれたと思うことが何度もある (はい ・ いいえ)
- 13) 理由もなく眠かったり、夜起きていて昼眠ることが多くなった (はい ・ いいえ)
- 14) 体の具合が悪いわけでもないのに、何もやる気がおきない (はい ・ いいえ)

☆その他、医師へお話ししたい事があればご記入ください。☆