

# もの忘れ外来 問診表

記入日 (平成 年 月 日)

ご本人の氏名 (診察をお受けになる方) ( )

記入者氏名 ( ) 続柄 ( )

## 1. 今日はどうされましたか？

## 2. 気になる症状に○印をつけて下さい。(複数可)

- a : 日にちがわからなかったり、時間・季節の感覚がない
- b : 少し前のことを忘れてしまう、思い出せない
- c : 何回も同じことを聞く      d : 同じ行動を繰り返す      e : 人の名前を忘れる
- f : 機械や道具が使えない、家事動作ができない
- g : 道がわからなくなることがある、道に迷う
- h : お金の管理ができない、仕事に差し支えることがある
- i : 反社会的言動がある(暴言・暴力など)      j : 落ち着きがなくなった
- k : 怒りっぽくなった(性格の変化があった)      l : 暴言や暴力がある
- m : 思い込みや妄想、幻覚のようなものがある
- S : 食欲が低下した、ウトウトしていることが多い

## 3. 日常生活に支障はありませんか？

- 食 事 ( 全て自分で出来る ・ 一部自分で出来る ・ ほとんど出来ない ・ 全く出来ない )
- トイレ ( 全て自分で出来る ・ 一部自分で出来る ・ ほとんど出来ない ・ 全く出来ない )
- 整 容 ( 全て自分で出来る ・ 一部自分で出来る ・ ほとんど出来ない ・ 全く出来ない )
- 入 浴 ( 全て自分で出来る ・ 一部自分で出来る ・ ほとんど出来ない ・ 全く出来ない )
- 掃 除 ( 全て自分で出来る ・ 一部自分で出来る ・ ほとんど出来ない ・ 全く出来ない )
- 外 出 ( 全て自分で出来る ・ 一部自分で出来る ・ ほとんど出来ない ・ 全く出来ない )
- 買い物 ( 全て自分で出来る ・ 一部自分で出来る ・ ほとんど出来ない ・ 全く出来ない )

## 4. 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。

- a : 半年～1年前と比べて、変わりはない
- b : 半年前/1年前と比べると、悪化している
- c : 急激に悪化している (ここ 日・ヶ月の間で)
- d : 良い時/悪い時の差が激しい ( 1日以内 ・ 1週間以内 ・ 1ヶ月以内 )

## 5. これらの症状により、社会人としての生活や、日常生活において支障がでていますか？

( いる ・ いない )

**裏面に続く**

6. これらの症状以外に、気になる症状があれば○印をつけて下さい。(複数可)

a: 力が入りにくい (部位: )

b: しびれがある (部位: )

c: 呂律が回らない

d: 目が見えづらい

e: 言葉が出づらい、理解できない

f: 反応が乏しい

g: 転びやすい

7. 現在、治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 脳梗塞/脳出血

その他 ( )

現在かかっている病院 (病院名: )

内服薬 ( )

**※お薬手帳をご提示ください**

精神科疾患の既往歴 ( あり ・ なし )

生活習慣 飲酒 ( 飲む ・ 飲まない )

喫煙 ( 吸う ・ 吸わない )

食事 ( )

8. 今回の診察で1番に希望されることは何ですか？

当てはまるものに○印をつけてください。

a: 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 )

b: 活気を出してほしい

c: 落ち着いてほしい、眠れるようになってほしい

d: 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 ・ 休める時間がほしい )

9. その他 何か気になることがありましたらご記入下さい。

問診票のご記入ありがとうございました。