

<もの忘れ外来専用問診票>

* 受診される方の状況について、ご家族の方が記入してください。（裏面もあります）

記入日：平成 年 月 日

患者様氏名：_____ 男・女 生年月日：_____ 年 月 日（ _____ 歳）

記入者（ご家族様）氏名：_____ 続柄：_____ （ 同居 ・ 非同居 ）

○連絡先（ご自宅）：_____ ○連絡先（携帯）：_____

※ お分かりになる範囲でお記入ください（該当するものに を付けてください）

<介護保険>	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）	
	現在利用中のサービス： <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	施設に入居中の場合は施設名： _____	
<ご本人の(元)職業>	職種： _____ 仕事内容： _____	
	勤続年数： _____ 年 辞められた方は、退職してから何年経ちますか？： _____ 年	
<過去に病気やケガで治療を受けたことはありますか？>		
当時の年齢	病名またはケガの内容	かかった病院
<喫煙歴> ※	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っている（吸っていた）→（ ）本/日（ ）歳から（ ）年間	
<飲酒歴> ※	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む → 毎日・その他（ 回/週） <input type="checkbox"/> 禁酒中（ 年から）	
<最終学歴> ※	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他（ ）を卒業	
<アレルギー> ※	食べ物：	
	お薬：	
	その他：	
	アルコールアレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<輸血の有無>	今までに輸血したことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ 歳頃，副作用： 有・無 ）	
<体内金属>	ペースメーカー，ステント，骨折手術後の金具など → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

＜日常生活能力について＞			
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる	<input type="checkbox"/> できない
食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる	<input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる	<input type="checkbox"/> できない
一人での外出	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる	<input type="checkbox"/> できない
道に迷う可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 過去に道に迷ったことがある		
徘徊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
トイレ	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる	<input type="checkbox"/> できない
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (おむつの着用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
洗面	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる	<input type="checkbox"/> できない
入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる	<input type="checkbox"/> できない
服の着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる <input type="checkbox"/> できない (服の前後を間違えて着る → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 援助があればある程度自分でできる	<input type="checkbox"/> できない
睡眠	①寝る時間 (時頃) ②起きる時間 (時頃) ③途中で目覚める (回) 睡眠薬の使用 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 不定期)		
目の見えづらさ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
耳の聞こえづらさ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
上手く話せない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 言葉が出てこない <input type="checkbox"/> うまく話せない (言葉が詰まる) <input type="checkbox"/> その他		
幻視	(見えないはずのものが見えているような素振り, 言動) → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
幻聴	(聞こえないはずの音や声が聞こえているような素振り, 言動) → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
その他不快な症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> かゆみ)		

＊ もの忘れについてご記入ください

1. いつ頃からもの忘れに気づきましたか？ (年 月頃)
2. その当時, どのようなもの忘れの出来事がありましたか？ (例) 直前に話した内容を覚えていなかった, 何度も同じ話を繰り返す, よく物を失くす, 日付が分からない, 鍋を焦がす, 迷子になる 等
3. 今はどのようなもの忘れの出来事がありますか？ (例) 以前よりももの忘れがひどくなった, 怒りっぽくなった, 口数が少なくなった, 家事が十分にできなくなった, 同じものを何度も買ってくる 等
・その他, 気になることがあればご記入ください