

## 物忘れ外来 問診票

予約日            年        月        日

受診される方	フリガナ お名前 <span style="float: right;">男・女</span>
本人のご住所	〒
本人の電話番号	
記入されている方	フリガナ お名前 <span style="float: right;">(続柄            )</span>
日中連絡可能な電話番号	

**\*症状についてお尋ねします。下記についてお答えください。裏面もあります。**

1.最も気になる症状についてお書きください。

2.その症状はいつ頃からでどう経過していますか？（時期 頃から）

どんどん進行している     ほとんど進行していない     症状に波がある

3.当てはまる症状があれば、印をつけてください。

- 体験したことをおぼえていない
- これまで出来ていた家事や仕事の手順がわからない
- 慣れている場所で迷子になる
- これまでやっていた趣味をやらない、興味失っている
- ふさぎこんでいる     怒りっぽい
- 他人への気配りが出来ず自分勝手になった     万引きをする
- 性器を露出する     交通違反を繰り返す     戸外での排泄をくりかえす
- 決まった時刻に外出し、同じルートを歩いて帰宅する
- 口当たりのいいものばかり食べる     単語の意味が分からなくなった
- 流暢に会話できなくなった
- ボーっとしているときがあり、その時の記憶がない
- 四肢のどこかに麻痺がある     手が震える     転びやすい     すり足で歩く
- 居ないはずの人が見えるという
- 事実ではないことが起きている、あるいは起きたと言う
- はっきりした寝言を言う
- 寝相が悪い     就寝したはずなのに起きだして何かしている
- 立ちくらみがある     頻繁にめまいを訴える     トイレの失敗が週の半分以上ある

4.精神科で認知症以外の病気で治療を受けていますか？

5.通院治療中の病気があれば病名と薬名をお書きください。お薬手帳をご用意ください

6.過去に治療したことのある病気や手術した病気があればお書きください

7.介護保険の申請をしていますか？ はい いいえ

\*申請している場合は介護度と主治医の名前・医療機関名をお書きください

8.現在やこれまでにしていたご職業と最終学歴をお書きください

9.お食事についてお書きください

毎食食べる 食事量が減っている ( )

食べない

10.睡眠は満足にとれていますか？睡眠時間を教えてください

とれている とれていない ( 時間位寝ている)

11.飲酒についてお答えください

しない 年に数回 月に数回 週1～2回 週の半分以上 ほぼ毎日

飲酒される方は主に飲むお酒、飲み方、量をお書きください

12.喫煙はしますか？

しない

する ( 歳ころから 本/日)

以前は吸っていた ( 歳から 歳まで 本/日)

13.アレルギーはありますか？ ある ( ) ない

14.同居のご家族について教えてください。例) 夫、妻、子供の何人家族

15.ご結婚は：未婚 既婚 死別 子供の人数： 名

16.ご両親はご健在ですか？ はい いいえ

亡くなられている場合は病名を教えてください：

17.血縁の方に、物忘れやパーキンソン病や精神の病気になった方はいますか？その方とのご関係をお書き下さい

いる ( ) いない

質問は以上になります。ありがとうございました