

物忘れ外来 問診票

予約日 年 月 日

受診される方のお名前 生年月日	フリガナ お名前	生年月日	年	月	日	歳 男・女
本人のご住所						
本人の電話番号						
本人の身長と体重	身長	cm	/	体重	kg	
同伴者様のお名前	フリガナ お名前	(続柄)				
同伴者様の電話番号						

***症状についてお尋ねします。下記の質問にお答えください。裏面もあります。**

1.最も気になる症状をお書きください。

2.当てはまる症状があれば、☒印をつけてください。

- ☐同じことを言ったり、聞いたりする
- ☐財布や鍵など、物を置いた場所がわからない
- ☐薬を飲み忘れる
- ☐お金や通帳を盗まれたと言う
- ☐自分の生年月日を言えない、今日が何月何日かわからない
- ☐自分のいる場所がどこかわからない、迷子になる
- ☐一人でバスや電車に乗れない
- ☐警察に保護されたことがある
- ☐リモコンやスマートフォンの操作、家事など、出来ていたことができない
- ☐髭剃り、整髪、歯磨き、洗顔など身だしなみを整えない
- ☐寝る時間が遅い、昼寝が多い、昼夜逆転など、生活リズムに乱れがある
- ☐決まった時間に決まった行動をしないと居られない
- ☐些細なことで怒る、暴力がある。
- ☐昼夜問わずに、寝ぼける、大声を出す、歩きまわる
- ☐実際にはない、人が見える、音が聞こえる
- ☐立ちくらみやめまいがある
- ☐身体を動かしにくい、手足が震える、歩きにくい、転ぶ
- ☐周りからの助けを嫌がる、拒否する
- ☐言葉がなかなか出てこない、うまく話せない
- ☐趣味や日課であったことをしない、意欲や興味がない
- ☐最近（1-2 か月の間）何をしても楽しくないと感じる
- ☐トイレの失敗が増える

3.これらの状態はいつ頃からありましたか？（時期 頃から）

4 これらの状態は日常生活にどのくらい支障がありますか？ ☐ある ☐少しある ☐今のところない

5.精神科や心療内科に通院したことはありますか？お薬の治療を受けていますか？

☐ある ☐ない ある場合は詳細を（ ）内に記入

（ ）

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

7.過去に治療した病気や手術した病気があればお書きください。

8.介護保険の申請をしていますか？ ☐はい ☐いいえ

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 医療機関名（ ）

9.現在やこれまでにしたご職業や最終学歴をお書きください。

10.お食事についてお書きください。

☐いつもと同じように食べる ☐くち当たりの良いものだけ食べる ☐食事量が減っている ☐食べない

11.睡眠は十分にとれていますか？睡眠時間を教えてください。

☐とれている ☐昼寝する ☐とれていない （ 時間位寝ている）

12.飲酒についてお答えください。

☐しない ☐月に数回 ☐週1～2回 ☐週の半分以上 ☐毎日 一日の飲酒量（ ）

13.喫煙はしますか？

☐しない ☐する（ 歳頃から 本/日）

☐以前は吸っていた（ 歳頃から 歳頃まで 本/日）

14.アレルギーはありますか？ ☐ある（ ） ☐ない

15.ご結婚について教えてください。

☐未婚 ☐既婚 ☐死別 ☐子供あり ☐子供なし

16.同居しているご家族について教えてください。例）夫、妻、子供の何人家族

17 同居していないご家族について教えてください。例）長男-札幌市手稲区、長女-東京都

18.ご両親や血縁の方に、精神病やパーキンソン病や頭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（病名 本人との関係 ） ☐いない

19.ご質問があればお書きください。

問診は以上になります。ありがとうございました。