

## 物忘れ外来 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	
記入者	本人 ・ 本人以外（お名前 ）（ご関係 ）			

下記の表のあてはまるところに記入または☑をつけてください。

1. 最も気になっている症状を教えてください。

2. その症状は、いつ頃から見られるようになりましたか。

3. どのように経過していますか？

- だんだん目立つようになっていく。
- 変わらず続いている。
- 症状が強い時と調子がいい時の差が大きい

4. 当てはまるすべての項目にチェックしてください。

- 記憶力の低下（同じことを聞く、物を置いた場所を思い出せない、など）
- 今までできていた仕事や家事ができない。
- 慣れた場所で道に迷う。
- 意欲の低下、活動の減少がみられる。
- 気分の落ち込みがある。
- 怒りっぽい。
- 非常識な行動を平気でする。
- 必要以上に同じ行動を繰り返す（同じものばかり食べる、同じ場所に行く、など）
- 一般的な単語を思い出さない、理解できない。
- 言葉がスムーズに話せない。
- 手足の麻痺（力が十分に入らない）がある。
- 手足の震えがある。
- 幻覚（ないものが見える、聞こえる）がある。
- 妄想（事実ではないことを思い込む）がある。
- 睡眠中に大声を出したりおかしい行動をとったりする。
- 立ちくらみや失神がよく起こる。
- 尿失禁がある。

5. その他、気になる症状があればご記入ください。

6. これまでにかかった病気、または、現在治療中の病気をすべて教えてください。

- 高血圧症       高脂血症       糖尿病       脳梗塞  
 心不全       不整脈       喘息       肝機能障害  
 パーキンソン病       うつ病  
 その他 (                    ) (                    ) (                    )

7. ご職業を教えてください。

- (      歳 ) ~ (      歳 )  
.....  
(      歳 ) ~ (      歳 )  
.....  
(      歳 ) ~ (      歳 )  
.....

8. 最終学歴を教えてください。

- 尋常小学校     中学校     高等学校     専門学校     大学     大学院  
上記を  中退     卒業

9. 生活習慣について教えてください。

- 睡眠時間： (            ) 時 ~ (            ) 時  
飲酒：  しない     年に数回     月に数回     週に1、2回  
 週に4回以上     ほとんど毎日  
⇒ 飲酒されるかたは、1日あたりの飲酒量を教えてください。  
(                    ) を、約 (                    ) ml くらい  
喫煙：  しない     する    約 (            ) 本/日

10. ご家族について教えてください。

- (            ) 人きょうだいのうち (            ) 番目  
 未婚     既婚    子ども (            ) 人

11. 同居のかたを教えてください。

---

12. 認知症と診断されたご親族（血縁のあるかた）はいますか？

- いない     いる（続柄：                    ） ※受診者からみて

13. 認知症以外の精神疾患と診断されたことがあるご親族がいますか？

- いない     いる（続柄：                    ） ※受診者からみて

14. 今回の受診について、希望されていることを教えてください。

- 診断のみ（治療はかかりつけ医に頼みたい）  
 診断と治療  
 社会福祉サービスについてのアドバイス  
 その他 (                    )

15. 上記以外に、医師に伝えたいことがあればご記入をお願いします。