

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 ）			
住所	〒			
電話番号	（自宅）		（携帯）	

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な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。

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。