

もの忘れ外来問診票

平成 年 月 日

注) ご本人ではなく必ずご家族の方が記入してください

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男・女 生年月日 _____ 年 月 日

住所 (〒 _____) _____ 電話番号 _____ (_____)

主に介護をされている方の氏名と連絡先:氏名 _____ (ご関係: _____)

電話番号 _____ (_____) 携帯番号 _____

【1】いつから、どのような症状がありますか？

【2】当てはまる症状に○をつけてください

- もの忘れ () 日付の感覚が鈍くなった () 道に迷う ()
- 同じことを何回もたずねる () 置き忘れ、しまい忘れ ()
- 歩き方が小刻みになった () トイレが近い、間に合わない ()
- 薬が効きすぎる、風邪薬などで眠たくなる () 見えるはずのないモノが見える ()
- 妄想がある () 急に意識を失ったことがある () 寝言が多い ()
- 寝ながら叫ぶ、暴れる () 食事でむせやすい () 食事でむせて肺炎をおこした ()
- 真面目な性格である () 趣味もないほど真面目である ()
- 日中のウトウトが増えた () 1時間以上昼寝をする () 調子の波が大きい ()
- 万引きをしたことがある () 人の食事を勝手に盗る ()
- 極端に甘い物が好き、食べ過ぎ、妙なものを食べる () 人の多い所では興奮しやすい ()
- スイッチが入ったようにいきなり怒り、ケロッとする ()
- 家族の後をついて回る、一人にされると怒る () 徘徊する ()

【3】かかりつけの病院はありますか？

ない _____ ある (病院名 _____)

【4】手術を受けたことがありますか？

ない _____ ある (_____)

【5】治療中の病気はありますか？

ない _____ ある (_____)

【6】飲んでいるお薬はありますか？

ない _____ ある (_____)

【7】アレルギーはありますか？

ない _____ ある (_____)

【8】喫煙、飲酒されますか？

たばこ: いいえ _____ はい (_____ 本/日) ・お酒: いいえ _____ はい (_____ を _____ /日)

【9】介護保険を使っていますか？

いいえ _____ はい (要支援 _____) (要介護 _____)

【10】ご希望の欄に○を付けてください

- 元気にしてほしい () 穏やかになってほしい () 夜しっかり寝て欲しい ()
- 日中しっかり起きてほしい () 食欲を出してほしい ()
- 認知症なら、病名の告知をしてほしい ()