

モノ忘れ・認知症外来 問診票

■ ご家族の方がご記入ください。

- ・ 記入日：20 年 月 日
- ・ ご本人の氏名（診察をお受けになる方）： _____
- ・ 記入者の氏名： _____（続柄： _____）

■ 治療中の病気はありますか（該当するものに○を付けてください）。

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質代謝異常症 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血
狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ その他（ _____ ）

■ 下記にあてはまるものを選んでください。

1. 仕事上あるいは社会上の機能に低下がみられますか。

ア：問題あり※ イ：問題なし

（※アの場合、いつ頃から・どんな点が気になるか具体的にご記入ください。）

いつ頃： _____

気になる点： _____

2. 日常生活上の買い物や、お金の管理に支障はありますか。

ア：問題あり※ イ：問題なし

（※アの場合、いつ頃から・どんな点が気になるか具体的にご記入ください。）

いつ頃： _____

気になる点： _____

3. 以下の項目であてはまるものがあれば○を付けてください。

ア. 少し前のことを忘れていたり同じことを何回も言う。

イ. 日にちが分からなかったり、時間・季節の感覚がない。

ウ. 道順がわからなくなることがある。

エ. 質問を理解していないことが、答えから分かる。

オ. 話のつじつまを合わせようとして作り話をする。

カ. 衣服を正しく着用できない。

キ. 入浴に介助が必要、あるいは入浴を怖がる。

ク. 水洗トイレがうまく使えない。

ケ. 尿あるいは便失禁をする。

コ. 外に出て行ってしまう。

サ. 思い込みや妄想、幻覚みたいなものがある。物を盗られたと騒ぐ。

シ. 夕方になると落ち着かなくなる。夜中に寝ぼけたり騒いだりする。

ス. 暴言や暴力がある。

次のページにつづく→

4. その他、気になることがあればご記入ください。

問診票は以上になります。ご来院の際にご持参ください。