

# もの忘れ／シルバー外来 問診票



記入が難しい質問は空欄のままで良いので、できる範囲でご記入ください。

中にはご不快に思われる質問もあるかもしれませんが、ご理解、ご協力をいただけますと幸いです。診療の参考にさせていただきます。

- 診察をお受けになる方の氏名： \_\_\_\_\_
- 記入者の氏名： \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)
- これまでの生活史について
  - ・ 出身地： \_\_\_\_\_ きょうだい (何人中何番目) \_\_\_\_\_ 人中 番目
  - ・ 最後に出た学校名： \_\_\_\_\_ 卒業・ \_\_\_\_\_ 年時中退
  - ・ 仕事経験： ない ・ ある (具体的に \_\_\_\_\_)
  - ・ 現在の同居家族： \_\_\_\_\_
  - 今、困っていることは以下のどれですか？当てはまるものに○をしてください
 

もの忘れ	気分の落ち込み	眠れない	不安
怒りっぽい	イライラ	暴言	暴力
幻視 (他の人に見えないものが見える)			転倒を繰り返す
幻聴 (他の人に聞こえないものが聞こえる)			作り話をする
金銭管理ができない	生活管理ができない		道に迷う
その他 ( _____ )			
  - いつから上記の症状がでましたか？  
( \_\_\_\_\_ )
  - 治療中の病気はありますか？ 当てはまるものに○を付けてください
 

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質代謝異常症 (高脂血症・脂質異常症)
脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ その他 ( _____ )
  - かかりつけ医はありますか？ ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )
  - ご本人の介護保険について、当てはまるものに○を付けてください
 

未申請 ・ 申請中 ・ 認定済 (要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5)
---

    - 利用しているサービスはありますか？ ( \_\_\_\_\_ )
  - アルコールは飲みますか？ いいえ ・ はい (何を 1日 杯)
  - ご本人に視力・聴力の問題はありますか？
 

視力の問題	ない ・ ある ( _____ )
聴力の問題	ない ・ ある ( _____ )

次のページに続きます ➡

- ご家族もしくは施設の職員様など、ご本人の様子をご存じの方がご記入ください  
 以下の各項目のうち、あなた（記入されている方）からみて、  
 患者様に当てはまると思う番号を○で囲んでください

		全 く な い	ほ と ん ど な い	時 々 あ る	よ く あ る	常 に あ る
1	忘れてしまうことが多いため、同じことを何度も聞いてしまう	0	--1	--2	--3	—4
2	よく物をなくしたり、置き場所を間違えたりする	0	--1	--2	--3	—4
3	日常的な物事に関心を持ってない	0	--1	--2	--3	—4
4	特別な理由がないのに夜中に起きて布団から出てしまう	0	--1	--2	--3	—4
5	他人が納得できる根拠がない状況で、他人に文句を言ってしまう	0	--1	--2	--3	—4
6	昼間、寝ていることが多い	0	--1	--2	--3	—4
7	過度に歩き回ることが多い	0	--1	--2	--3	—4
8	同じ動作を何回も繰り返してしまう	0	--1	--2	--3	—4
9	荒い口調で相手を責めるような言葉を出してしまう	0	--1	--2	--3	—4
10	服装が場違いな、あるいは季節に合わない場合がある	0	--1	--2	--3	—4
11	世話をしてもらおうことを受け入れられない	0	--1	--2	--3	—4
12	周囲にわかってもらえるような理由なしに物を貯め込んでしまう	0	--1	--2	--3	—4
13	引き出しやたんすの物を取り出そうとして、中身を全部出してしまうことがある	0	--1	--2	--3	—4

DBD13R (古田ら, 2022) ( )

- 上記以外で気になることや、診察へのご希望があればご記入ください

- 当院では、以下のようなサポートも提供しています。

ご希望がありましたら、当てはまるものに○をしてください

入院相談・介護保険の紹介・認知症についての情報提供・栄養相談

本人へのカウンセリング・家族へのカウンセリング

認知機能／判断力／性格等の詳しい心理検査・その他 ( )

質問は以上です。ご協力をありがとうございました。