

もの忘れ外来 問診票 No. 1

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下、あてはまるものに○をつけ、わかる範囲でご記入下さい。

お名前： _____ (男・女) T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

住所： _____

連絡がつく方の連絡先☎： _____

職業 (何歳まで働いていたか) _____

教育歴：小学校・中学校・高校・専門学校・大学・その他 (_____)

嗜好歴：たばこ (_____ 年 _____ 本/日) , 飲酒 (_____ /日)

生活様式：自宅⇒单身 ・ 同居 (どなたと? _____)
その他 (_____)

家族の病歴：脳疾患 (有 ・ 無)

現在の介護度：未申請・申請中/自立 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V

本日の外来受診の主な目的&希望：認知症診断のため・介護保険申請のため・その他⇒

現在最も心配、困っていること： _____

付き添いの方のご関係：配偶者、きょうだい、息子、娘、嫁、その他 (_____)
⇒本票を記入されたのは：本人・配偶者・子・きょうだい・その他 (_____)

もの忘れが始まったのは： _____ 年 _____ 月頃

最近あったもの忘れの具体例

1 _____

2 _____

3 _____

行動障害の具体例 (徘徊、昼夜逆転、物盗られ妄想、幻覚など)

1 _____

2 _____

3 _____

現在内服中のお薬 (お薬手帳をご持参の方は記入必要ありません) :

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

現在利用している介護サービス :

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

もの忘れ外来 問診票No.2		記載: 20()年()月()日	
患者さんのお名前	()	()歳	<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性
記載者	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 配偶者の方、 <input type="checkbox"/> 息子さん、 <input type="checkbox"/> 娘さん、 <input type="checkbox"/> お嫁さん、 <input type="checkbox"/> その他の方		

【1】 症状チェック: 該当するに印をつけてください(例:)

1 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 人の名前や言葉がすぐに 出てこない。「あれあれ、それ それ」が多くなった。	11 言語 /	<input type="checkbox"/> 込み入った話やテレビドラ マの筋が理解できなくなっ た。	21 精神	<input type="checkbox"/> 無関心(例: <input type="checkbox"/> 今まで好き だったことに無関心。 <input type="checkbox"/> 無気 力。 <input type="checkbox"/> 社交性がなくなった。)
2 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 日付や曜日を一日に何度 も確認する。	12 言語 /	<input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わない。 自分の言いたいことが分 からなくなる。	22 精神	<input type="checkbox"/> 不安、不眠(例: <input type="checkbox"/> 不安にな る、 <input type="checkbox"/> 気がめいる、 <input type="checkbox"/> 夜、眠れ ない。)
3 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 最近のことを思い出せない。 (例: <input type="checkbox"/> 何をしに来たのか、 <input type="checkbox"/> どこに置いたのか)	13 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 慣れている作業(趣味・日 課)がうまくできなくなった。	23 精神	<input type="checkbox"/> 被害者意識(例: <input type="checkbox"/> 被害者 意識が強くなった。 <input type="checkbox"/> 物が見 当たらないと盗まれたと思う。)
4 記憶 中	<input type="checkbox"/> 行すべきことを忘れる。 (例: <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ <input type="checkbox"/> 火・電気の消し忘れ <input type="checkbox"/> 蛇口の閉め忘れ)	14 行為 遂行	<input type="checkbox"/> お金を使つての買い物が できなくなった。	24 精神 F	<input type="checkbox"/> 性格が変わった(例: <input type="checkbox"/> 怒 りっぽい、 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない、 <input type="checkbox"/> 遠慮がない、 <input type="checkbox"/> 独り言を続 ける、 <input type="checkbox"/> 興奮しやすい。)
5 記憶 中	<input type="checkbox"/> よく知っている人(家族や 友人)の名前が出てこない ことがある。	15 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 一人で乗り物を利用して外 出することが難しくなった。	25 精神 L	<input type="checkbox"/> 幻覚(例: <input type="checkbox"/> 実際にはない物 や人が見える:幻視、 <input type="checkbox"/> 音・声 が聞こえる:幻聴)
6 記憶 中	<input type="checkbox"/> 約束の時間・場所などを間 違える。	16 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 今までできた一連の動作 ができない。(例: <input type="checkbox"/> 料理、 <input type="checkbox"/> 洗濯、 <input type="checkbox"/> 薬の管理、 <input type="checkbox"/> お金 の管理、 <input type="checkbox"/> 年賀状作成)	26 行動	<input type="checkbox"/> 身だしなみ・排尿の件(例: <input type="checkbox"/> 身だしなみを気にしない。 <input type="checkbox"/> 何日も入浴しない。 <input type="checkbox"/> 排尿・排便の失敗。 <input type="checkbox"/> ゴミを捨てない。)
7 記憶 中	<input type="checkbox"/> 一度に二つのことを覚えら れない。	17 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 使いなれた道具・器械が 使えない。(例: <input type="checkbox"/> リモコン、 <input type="checkbox"/> 携帯電話、 <input type="checkbox"/> パソコン、 <input type="checkbox"/> メール、 <input type="checkbox"/> 爪切り)	27 行動	<input type="checkbox"/> 屋内・屋外を一人で歩き回 る(うろうろする)。
8 記憶 重	<input type="checkbox"/> すぐに忘れる。(例: <input type="checkbox"/> 同じこ とを何度も言ったり聞いたりす る。 <input type="checkbox"/> 30分後には忘れてる。 <input type="checkbox"/> 同じ物を毎回買う。)	18 判断	<input type="checkbox"/> 判断力の低下、だまされや すくなった。 (例: <input type="checkbox"/> 振り込め詐欺・ 受け取り詐欺など、 <input type="checkbox"/> 高額な買い物)	28 行動 F	<input type="checkbox"/> 同じ行為とこだわり(例: <input type="checkbox"/> 日常生活で同じ行為を繰り 返す。 <input type="checkbox"/> ある事柄にこだわる。)
9 記憶 重	<input type="checkbox"/> 今いる場所が、分からなく なることがある。	19 行為 認知 r	<input type="checkbox"/> 服の前後や上下を間違え る。頭や腕を通すところが わからない。	29 他	<input type="checkbox"/> 睡眠のリズムの障害: 昼 夜逆転
10 記憶 重	<input type="checkbox"/> 家族や親しい人の顔が分 からなくなった。	20 認知 r	<input type="checkbox"/> 知っているはずの道に迷う ことがある。	30 他 L	<input type="checkbox"/> 歩行障害(例: <input type="checkbox"/> 歩き方が変 になった。 <input type="checkbox"/> 転倒しやすい。 <input type="checkbox"/> 意識を失うことがある。)

【2】 進行パターンチェック (にチェック)、()内に数字)

脳の病気(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など)になったことはありますか⇒ ない、 1回ある、 2回以上ある

物忘れが始まったのはいつ頃ですか⇒()年前、()カ月前、()週前、()日前

進行は次の図のどれに該当しますか⇒(A、B、C、D、E、F)に該当する。該当するものはない。

[A]半年から1年間、
ほとんど変化なし(ま
たはきわめて徐々に
進行)

[B]半年から1
年間、ゆっくり
進行

[C]半年から1年間
ゆっくり進行してい
たが、最近急激に
悪化

[D]半年から1
年間、波状また
は階段状に悪
化

[E]数日または数
週前から、急激に
発症し悪化

[F]悪化し、その後
改善、またはその
繰り返し。

