

もの忘れ外来 問診票

年 月 日

フリガナ

患者氏名： _____ 年齢（ ） 男・女

記入者氏名： _____ (続柄)

家族連絡先： 氏名 _____ (続柄)

携帯電話 - -

電話番号 - -

1. 本日、受診された理由を教えてください。(あてはまるものすべてに✓をつけてください)

- 本人がもの忘れを心配して 家族がもの忘れを心配して 脳の精密検査を希望
 もの忘れの治療を希望 人に勧められて (誰から?)
 その他 ()

2. 現在、どのような症状がありますか？(あてはまるものすべてに✓をつけてください)

- もの忘れ しまい忘れ 探しものが増えた
 同じことを何度も尋ねる・話をする 日付がわからなくなる 親しい人の顔・名前がわからなくなる
 意志の疎通がはかれない 道に迷うことがある ものごとの興味・関心が薄れた
 意欲の低下 外出しなくなった 疲れやすくなった
 動作が鈍い 落ち着きがない 薬を飲み忘れる
 金銭管理ができなくなった 火の消し忘れがある 電気のスイッチの場所がわからない
 身なりに無頓着になった 日中よく居眠りをする 夜眠れない
 怒りっぽくなった 性格が変わった 見えるはずのないものが見える
 大切なものを盗まれたと言う 入浴や着替えを嫌がる 介護への抵抗
 良い時と悪い時の差が激しい 電気機器の使い方がわからない リモコンのボタンの位置がわからない
 買い忘れや同じ物を買ってしまうことがある
 その他

()

3. もの忘れはいつ頃から気になるようになりましたか？また、そのきっかけになった出来事もお教えてください。(ご記入ください)

いつ頃から？ _____

きっかけとなった出来事は何か？

()