**もの忘れ外来問診表**記入日　　　　　年　　　　月　　　日

R.3.11.30

フリガナ

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　様　　生年月日（　明治　大正　昭和　）　　　年　　　月　　　日　　　　歳

記入される方　　本人　・　本人以外（本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

患者様の状態について一番ご存じの方はどなたですか

お名前　　　　　　　　　　　（ご本人との関係：　　　　　　　　）　連絡先：℡

受診を希望されているのはどなたですか？（複数回答可）　本人　　家族　　その他（　　　　　　　）

当院の物忘れ外来はどちらでお知りになりましたか？（✔を付けてください。）

□当院HP　□かかりつけの医療機関　　□区役所　□地域包括支援センター　□介護事業所

□当院Dr　□当院掲示物

**≪患者様について、当てはまるものに**✔**をつけ、質問事項の回答を記載してください≫**

■お住まいについて

　・□単身生活

　・□どなたかと同居（同居されている方と本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　・□施設入所中　　　　　　　年　　　月～　　施設名：

■介護保険は利用されていますか（　利用している　：要支援　・　要介護　　　　／　利用していない）

　　　利用しているサービス：

■障害者手帳をお持ちですか　　　□有り（　□身体　・　□療育　・　□精神　）　・　□無し

■目の状態（□よく見える　□見えにくい　□見えない　□生活に支障がある）

■耳の状態　（□よく聞こえる　□聞こえにくい　□補聴器あり　□右　□左）

■最終学歴　（□中学校　□高校　□専門学校　□大学　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

■患者さんの症状について（気になるものすべてに✔をつけて、始まった時期を空欄にご記入ください）

□　日にちが言えないことがある（　　　　　　　　　　　　　　）

□　少し前のことを忘れてしまう、思い出せない（　　　　　　　　　　　　　　）

□　バスや電車で一人で出かけられない（　　　　　　　　　　　　　　）

* 慣れた道が分からなくなる、迷う　（　　　　　　　　　　　　　　　）
* 以前は使えていた機械や道具が使えなくなる、家事で失敗が増える（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* お金の管理ができなくなる（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 同じ行動を繰り返す（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 落着きがなくなる（　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 以前より怒りっぽくなる、性格がかわったように感じる（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* ぼうっとしたり、うとうとしたりする時間が増える（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　食欲が低下したり、好きだったことをしなくなる（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　寝ぼけたり、夜中に大声を出したりする（　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　転びやすくなったり、歩き方がおかしくなった（　　　　　　　　　　　　　　　　）

・そのほかの症状

　　 □幻覚　　□妄想　　□昼夜逆転　　□暴言・暴行　□介護を嫌がる　　□歩き回る　□火の不始末

　□入浴を嫌がる　□食べ物以外を口に入れる　□性的な問題行動　□その他

・これらの症状は、１日のうちで変化しますか

　　□変化する　（一番ひどいのはいつ頃ですか　□朝　□昼　□夕方　□夜間）／　□変化しない

・これらの症状が気になり始めたのは、いつ頃からですか　　　　　　　年　　　　　月頃から

・これらの症状は、□半年前／１年前と比べると悪くなっている

　　　　　　　　　　　□急激に悪化している（ここ　　　　日／ここ　　　か月の間で）

　　　　　　　　　　　□良いときと悪いときの差が激しい（１日以内　　　１週間以内　　　１か月以内）

・これらの症状により生活に支障がありますか　　　　□ない　　／　　□ある

■身体の状況について

・現在、通院していますか　　通院していない　／　通院している

□高血圧　□　糖尿病　□肩・膝・腰の痛み　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　病院名：

・お薬手帳はお持ちですか　　　□ある　　／　□ない

・日頃飲んでいるお薬（市販薬を含む）はありますか　□ない　　／　□ある

・薬や食べ物でアレルギーはありますか　　　　□ない　　／　　□ある

・飲酒をしますか　□飲まない　　／　□毎日　／□週に　　　回程度　　／　□月に　　　回程度

種類と量：　　□ビール　　□焼酎　　□日本酒　　□ワイン　□その他（　　　　　　　　）　　　　　　ml程度

■今回の診察で一番に希望されることはなんですか

□　認知症になっていないか判断してほしい

□　活気を出してほしい

□　落ち着いてほしい、眠れるようになってほしい

□　介護量を減らしたい

（□在宅生活は継続したい　　□患者の居場所について相談したい　□家族が休める時間がほしい）

■そのほか本人の前で話しにくいことや医師に伝えたいことがありましたらご記入ください