

## 問診票（物忘れ外来）

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ 利き手はどちらですか 右 ・ 左

1. どのような症状ですか（複数選択可 レ点をいれてください）。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 物忘れが多くなった        | <input type="checkbox"/> 道に迷うことが多くなった     |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度もたずねる     | <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった         |
| <input type="checkbox"/> 被害妄想がみられる        | <input type="checkbox"/> 仕事や家事の段取りが悪い     |
| <input type="checkbox"/> 性格が以前と変わった       | <input type="checkbox"/> 落ち着きがなくなった       |
| <input type="checkbox"/> 他人のおかずに手がのびる     | <input type="checkbox"/> 同じことをくりかえす       |
| <input type="checkbox"/> 甘いものばかり食べるようになった | <input type="checkbox"/> 自分勝手なことをする       |
| <input type="checkbox"/> 漢字が読めなくなった       | <input type="checkbox"/> 失禁が多くなった         |
| <input type="checkbox"/> やる気がなく、無関心になった   | <input type="checkbox"/> 話す声が小さくなった       |
| <input type="checkbox"/> 見えていないひとがいると言う   | <input type="checkbox"/> 意識がなくなることがあった    |
| <input type="checkbox"/> 日によって良い時と悪い時がある  | <input type="checkbox"/> 体が傾いていることがある     |
| <input type="checkbox"/> 寝ていて寝言がすごい       | <input type="checkbox"/> 風邪薬などが効きすぎたことがある |
| <input type="checkbox"/> 涙もろくなった          | <input type="checkbox"/> 夜になると落ち着きがなくなる   |

2. 上記の症状がいつごろから出始めましたか。

( \_\_\_\_\_ )

3. 問いで見られた症状はその後どのように変化していますか？

- |               |           |
|---------------|-----------|
| ・徐々に悪くなっている   | ・あまり変化がない |
| ・日によって症状に波がある | ・急に悪くなった  |

4. 今回の症状でどちらかの病院にかかりましたか。

いいえ  はい 年 月 日 からかかっている

5. 現在飲まれている薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？  ある  ない

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はみせてください。

( \_\_\_\_\_ )

6. 現在、みなさんが最も困っていることは何ですか？

- ・物忘れ ・徘徊 ・暴力行為 ・夜寝ない ・妄想 ・幻視

その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. 同居者はどなたですか？ 患者さんとの関係 ( \_\_\_\_\_ )

同居者が患者さんに薬を渡せる時刻は以下のうちどれですか。

朝  昼  午後3時  夕  就寝前

8. 患者さんが夕食を済ませて寝床に就かれるまでの時間はどのくらいですか？

( \_\_\_\_\_ ) 時間 ( \_\_\_\_\_ ) 分

9. 介護関係（デイサービス・施設・訪問）のサービスは受けていますか？

( \_\_\_\_\_ )