

もの忘れ外来 問診票

兵庫県立尼崎総合医療センター—認知症疾患医療センター

記入日		年	月	日
(ふりがな)	かかりつけ医			
氏名	男・女			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 [歳]
同伴者氏名	(続柄)		問診票記載者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同伴者 <input type="checkbox"/> その他()	
住まい	一人暮らし・同居(どなたと?)・施設(施設名)			
介護認定	申請していない・申請中・認定済み(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)			
ケアマネジャー	(氏名)	(事業所名)	(連絡先)	
利用中の介護サービス	デイサービス・ショートステイ・ホームヘルパー・訪問看護・その他() (○で囲んでください)			
家族の介護に対する思い 1. <input type="checkbox"/> 今のところ介護は必要ないと思う 2. <input type="checkbox"/> 家族で介護しようと思っている 3. <input type="checkbox"/> 家族での介護は無理だと思う		家族構成 (該当するご家族に○、介護されている方に◎をつけてください) 親・配偶者・兄弟() 子供()・孫・内縁		
以下の質問に対して、あてはまるものにチェックしてください。				
1. <input type="checkbox"/> 人や物の名前がでてこない 2. <input type="checkbox"/> 物をよく置き忘れる 3. <input type="checkbox"/> 約束や予約をよく忘れる 4. <input type="checkbox"/> 仕事に支障をきたしている 5. <input type="checkbox"/> 見慣れた道で迷う、迷子になったことがある 6. <input type="checkbox"/> 銀行・郵便局の金銭管理ができない 7. <input type="checkbox"/> 食事の献立・調理・配膳に支障がある 8. <input type="checkbox"/> 一人では買い物ができない 9. <input type="checkbox"/> 季節・場所に適切な洋服を選ぶことができない 10. <input type="checkbox"/> 電話やリモコンが使えない 11. <input type="checkbox"/> 整理整頓ができない 12. <input type="checkbox"/> 着替えや入浴を忘れる・嫌がる				
13. <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している 14. <input type="checkbox"/> トイレの後始末ができない 15. <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想がある 16. <input type="checkbox"/> もの・お金をとられたという 17. <input type="checkbox"/> 暴言・暴力で困る 18. <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった 19. <input type="checkbox"/> 興味や関心がなくなった 20. <input type="checkbox"/> 徘徊がある 21. <input type="checkbox"/> 尿や便を失禁する 22. <input type="checkbox"/> 言葉がうまく話せない 23. <input type="checkbox"/> 歩き方が変わった、よくこける 24. <input type="checkbox"/> よく寝言を言う、寝ながら暴れることがある				
1. おかしいな、変だなと気づいたのはいつですか？(記入、もしくは○で囲んでください) 年 月 頃から はっきり分からない 急に悪くなった				
2. 最初に気付いた症状はどのようなものですか？(上記番号より選択して番号を記入、複数選択可)				
3. 2でみられた症状はその後どう変化していますか？(○で囲んでください) だんだん悪くなっている 日によって症状に波がある あまり変化がない				
4. 特に医師に相談したいことはどんなことですか？				

※日常生活についてあてはまるところに○をつけてください。

	1 自分でできる	2 一部介助が必要	3 全面介助が必要
歩行			
外出(近隣)			
外出(電車・バスの利用)			
買い物			
金銭管理(通帳・印鑑)			
薬の管理			
着替え			
入浴			
排泄			
食事の準備、料理			
清掃			
食事をする			

※既往歴(今までにかかったことのある病気があれば古い順番に記入してください)

病名	時期	医療機関名	通院の有無
認知症の薬を飲んでいますか？		はい・いいえ・飲んだことがある	
血液をさらさらにする薬を飲んでいますか？		はい・いいえ	
身体の中に金属が入っていますか？		はい・いいえ	

※次の質問に該当するところに○をつけて下さい

アレルギー	なし・あり (薬剤名) (食べ物)
睡眠	眠れる・眠れない・睡眠薬使用(薬剤名)
喫煙	なし・あり (本/日)
飲酒	なし・時々・毎日 (種類・量)
最終学歴	小学校・中学校・高校・専門学校・短大・大学・大学院・その他()
年齢	職歴
歳～ 歳	
歳～ 歳	
歳～ 歳	
運転について	運転している・運転しない・運転免許証を返納した
ご本人への病名の告知を希望されますか？	はい・いいえ・具体的な病名は避けてほしい

*差し支えなければ、緊急連絡先をご記入ください

緊急連絡先	(氏名)	(続柄)	(連絡先)
-------	------	------	-------

★ご協力ありがとうございました★