

＊久里浜医療センターもの忘れ外来 問診票＊

記載日：H 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 様

血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ cm 体温： \_\_\_\_\_ 度

体重： \_\_\_\_\_ kg 脈拍： \_\_\_\_\_ 回

1. 本日は、何が一番困って受診されましたか？（できるだけ具体的に記載してください）  
 例：半年前から人の名前がすぐに出ない、人からもの忘れを指摘される 等

[ ]

2. 以下の症状はありますか？

（当てはまる場合は「はい」、当てはまらない場合は「いいえ」に○をつけて下さい）

		はいの場合いつ頃から↓
①ものの置き忘れやしまい忘れが多くなった。	はい・いいえ	( )
②同じことを何度も聞くようになった。	はい・いいえ	( )
③火の不始末がある。	はい・いいえ	( )
④外出しなくなり、人との付き合いをさける。	はい・いいえ	( )
⑤しゃべらなくなった。	はい・いいえ	( )
⑥話を理解していないようだ。	はい・いいえ	( )
⑦家でじっとして何もしなくなった。	はい・いいえ	( )
⑧人のいうことを聞かなくなった。	はい・いいえ	( )
⑨うまく歩けなくなった。又は、よく転ぶ。	はい・いいえ	( )
⑩外出すると迷子になる。	はい・いいえ	( )
⑪人の名前や物の名前が出てこない。	はい・いいえ	( )
⑫物を人に盗まれたと言う。	はい・いいえ	( )
⑬夕方や夜になると人が変わったようだ。	はい・いいえ	( )
⑭見えないものが見えると言う。(子供、小動物等)	はい・いいえ	( )
⑮シャツやズボンを自分で着られない。	はい・いいえ	( )
⑯おもらしをする。	はい・いいえ	( )
⑰家族の顔がわからない。	はい・いいえ	( )

3. 症状が悪くなるきっかけはありましたか？（例：入院し退院してから、配偶者と死別 等）

[ ]

4. 今日はだれと来ましたか？

- a. ひとりで  
 b. 家族と（誰ですか？： \_\_\_\_\_）  
 c. その他（誰ですか？： \_\_\_\_\_）（例：ケアマネージャー、施設職員など）

5. 本日、受診された理由は何ですか？（当てはまるものにもいくつでも○をつけてください）

- a. もの忘れの検査
- b. 精神状態の安定
- c. 薬の処方・調整の相談
- d. 家族に受診を勧められた
- e. かかりつけ医・ケアマネージャーに受診を勧められた
- f. 書類・診断書の作成 →( 介護申請関係 ・ 運転免許関係 ・ その他 ) \*当てはまるものに○
- g. その他 ( )

6. 今までにかかった大きな病気やケガ、治療中の病気はありますか？

病名	年齢	医療機関
例：狭心症・ペースメーカー埋込	例：55・65 歳	例：〇〇市立病院
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	

7. 現在服用中のお薬

どんなお薬を飲んでいますか？

お薬手帳 ( あり ・ 忘れ )

└─┬─┘

8. 介護認定の有無 【 なし / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 】  
 (当てはまる所に○をつけてください)

9. 嗜好品

たばこ：( あり・なし・やめた ) 【開始 \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳まで・喫煙数量 \_\_\_\_\_ /日】

お酒：( あり・なし・やめた ) 【開始 \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳まで・1日の飲酒量 \_\_\_\_\_】

10. 最終学歴

【 小学 ・ 中学 ・ 高校 ・ 短大 ・ 大学 ・ 大学院 ・ 専門学校 】 卒業 ・ 中退

学校名 \_\_\_\_\_

11. 職業歴

年齢	職種
歳～ 歳	
歳～ 歳	

年齢	職種
歳～ 歳	
歳～ 歳	

ありがとうございました。終わられましたら 内科処置室 の看護師にお渡しください。