

＊久里浜医療センターもの忘れ外来 問診票＊

記載日：R 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。