

＊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

※御同行者様をご記入

お名前 _____ 様

下さってかまいません

身長：_____ cm 体重：_____ kg

血圧：_____ / _____ 脈拍：_____ 回

体温：_____ 度 利き手：右・左

1. 本日、受診された理由は何ですか？（当てはまるものいくつかでも○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 (_____)

2. 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

3. 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○をつけてください）

		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	()

4. 症状が悪くなるきっかけはありましたか？（当てはまるものに○をつけてください）
- a. 病気・ケガ・入院してから
 - b. 転倒してから
 - c. 配偶者・近親者を亡くしてから
 - d. 引っ越しをしてから
 - e. 仕事を退職してから
 - f. 薬が変わってから
 - g. その他（ ）
 - h. 特になし

5. 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	

6. 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）

↓
看護師にご提出ください。ご記入は不要です

7. 介護認定の有無【なし / 申請中 / 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）

8. 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】

9. 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 _____

10. 職業歴（主なものをご記入ください）

年齢	職種	年齢	職種
歳～ 歳		歳～ 歳	
歳～ 歳		歳～ 歳	

11. 今日は何なたと来られましたか？

同伴者 氏名 _____	続柄 _____	同居の有・無 _____
同伴者 氏名 _____	続柄 _____	同居の有・無 _____
緊急連絡先になるお電話番号をお教えてください（携帯電話可） _____		

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。