

令和 年 月 日

【もの忘れ外来 初診問診表】

当院の問診票は、状況をしっかりと把握して診療に役立てるため、一般的なものよりも質問が多くなっております。

診察の基本となるものですので、正確にはつきりと省略せずにご記入下さい。

記入者氏名 _____ 続柄 ()

フリガナ お名前	性別	男・女	職業
住所			
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	電話 携帯

<病歴>

年齢 歳	疾患名	医療機関名	現在通院の有無 有・無
歳			有・無

<お薬> ※現在服用中の薬名を記入してください。

お薬手帳をお持ちの方は、手帳で確認しますので、受付けへ渡して下さい。

<喫煙> 有・無 [開始年齢 歳、 喫煙数量 本／日]

<飲酒> 有・無 [開始年齢 歳、 一日の飲酒量 頻度]

<職業歴>

年齢	職種	年齢	職種
歳～歳		歳～歳	
歳～歳		歳～歳	
歳～歳		歳～歳	

<受診された理由は何ですか？> ※あてはまるもの全てにチェックをつけてください

- もの忘れがあるのかどうか心配。
以前はなかったもの忘れが最近始まった。
もの忘れが以前からあったが、最近ひどくなってきた。
かかりつけ医にも受診を勧められた。
介護保険の書類を作りたい。
当院デイケアを希望している。
その他 ()

<以下の症状がご本人にありますか？>

当てはまる場合は「はい」に、当てはまらなければ「いいえ」に○をつけてください。

	「はい」の場合は (いつ頃から↓)		
① 物の置忘れやしまい忘れが多くなった	はい	・	いいえ ()
② 人の名前や物の名前が出てこない	はい	・	いいえ ()
③ 同じことを何度も聞くようになった	はい	・	いいえ ()
④ 火の不始末がある	はい	・	いいえ ()
⑤ 外出しなくなり、人との付き合いをさける	はい	・	いいえ ()
⑥ 口数が減った	はい	・	いいえ ()
⑦ 話を理解していないようだ	はい	・	いいえ ()
⑧ ボーっとしていることが増えた	はい	・	いいえ ()
⑨ 怒りっぽくなった	はい	・	いいえ ()
⑩ うまく歩けなくなった	はい	・	いいえ ()
⑪ 道に迷うことが増えた	はい	・	いいえ ()
⑫ 物を人に盗まれたという	はい	・	いいえ ()
⑬ アリや人形などが目の前に見える	はい	・	いいえ ()
⑭ 着替えがスムーズにできない	はい	・	いいえ ()
⑮ 歩き回るなど目的の分からない行動が目立つ	はい	・	いいえ ()
⑯ 夜に眠らず、家の中を動きまわる	はい	・	いいえ ()

■もの忘れてこれまでに受診したことが（ある・ない）

医療機関名（ ）

■家族構成

ご家族について教えてください。

お名前	年齢	続柄
		同居 別居

■血縁関係のあるご家族で「認知症」の方が（いる・いない）

祖父・祖母・父・母・兄弟姉妹・その他（ ）

■介護度 ※該当するものに○をしてください。

[申請無 要支援 1・2 、 要介護 1・2・3・4・5]

■ケアマネージャーが（決まっている・決まっていない）

事業所名（ ）

担当者名（ ）

■介護サービスを利用していますか？

デイサービス・デイケア・ショートステイ・訪問看護・訪問介護
訪問リハビリ・訪問入浴・その他（ ）

■相談したいこと、気になることなど、何かあれば記入してください。

■当院を受診のきっかけをお聞きします。

家族からの紹介 知人・友人からの紹介 他機関からの紹介（ ）
インターネット検索 ラジオ CM を聞いて その他（ ）

■受診前に当院ホームページをご覧になりましたか？ はい いいえ

※職員記録用

初診時情報収集シート

備考：

記録者：