

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、正確にはっ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	疾患名	医療機関名	現在通院の有無
歳			有 ・ 無
歳			有 ・ 無
歳			有 ・ 無
歳			有 ・ 無
歳			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 ( ) |

■ものの忘れで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
			同居 別居
			同居 別居
			同居 別居
			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：