

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	男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日生 ()歳
住所		
職業	本人自宅 本人携帯	家族連絡先① 家族連絡先②

<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。

☐家族からのすすめ ☐知人・友人からのすすめ ☐他機関からの紹介（ ）
☐インターネット検索 ☐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

[illegible]

記録者 ()