

問診票（物忘れ）

※ご本人でなく一緒に来られた方が記入してください

氏名 _____ 性別（男・女） 生年月日 明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
身長 _____ cm 体重 _____ kg 利き手（右・左） _____ お住まい（独居・同居・施設） _____
主治医（かかりつけ医） _____ 病院・医院・クリニック _____ 先生 _____

【1】今一番お困りのことはなんですか？

(_____)

【2】物忘れに気付いたのはいつ頃ですか？またどのような事がきっかけでしたか？

(_____)

【3】物忘れではどのような症状がありますか？該当するものにチェック（✓）をつけてください

該当するものにチェック（✓）をつけてください

例のなかに主に見られる症状があったら丸で囲んでください

() 物忘れ

例：日付を忘れる 人の名前を忘れる 場所が分からない

() しまい忘れ

例：財布などをしまった場所を忘れて探すことが多い

() 同じ事を何度も尋ねる

() 夜間不穏になる

例：夕方や夜になるとおかしな行動をする

() 意思の疎通がはかれない

() 意欲の低下

例：今まで出来た事をしなくなった（新聞や本を読む お風呂に入る 趣味活動）

() 徘徊

例：家の外に出て帰ってこられる 帰ってこられない

() 不潔行為

例：便をいじる

() 介護への抵抗

() 動作が鈍い

例：立ち上がる、歩き出すなどの行動がゆっくり

() 根も葉もない考えにとらわれている

例：物を盗られた 誰かが話しかける、命令する

() 見えるはずの無いものが見える

例：壁や物に向かって話しかける いないはずの人と会ったと言う 虫などがいると言う

() 日中によく居眠りをする

例：夜起きて日中は寝ている

() 良い時と悪い時の差が激しい

例：他の人がいるとはっきりしている

() 服をうまく着られない

例：服が選べない 服が着られない 服が分からない

() 一人でお風呂に入れない

例：お風呂の場所が分からない 服が脱げない・着られない 洗えない

() 一人でトイレが出来ない

例：トイレの場所が分からない 服が脱げない トイレの周囲を汚す 後始末が出来ない

【4】今までにどのような病気にかかりましたか？

() 高血圧症

() 糖尿病

() 高脂血症

() 不整脈

() その他

可能なら記載してください (_____)

【5】今どんな薬を飲んでいますか？おくすり手帳をお持ちの方は記入不要です

(_____)

【6】本日受診された理由は？

- 物忘れを本人が心配して
 物忘れを周りの人（家族・ケアマネ・かかりつけ医・その他）が心配して
 物忘れの検査を希望して
 物忘れの治療を希望して
 その他 可能なら記載してください（ ）

【7】今までに物忘れで専門医療機関に受診されましたか？

- はい →医療機関名 _____（科）
 いいえ

【8】介護保険について 申請されていない方は記入不要です

現在の介護度は？

- 要支援1 要支援2
 要介護1 要介護2
 要介護3 要介護4
 要介護5

現在利用されているサービスは？

- デイサービス デイケア
 訪問看護 ショートステイ
 ホームヘルパー
 その他 可能なら記載してください（ ）

担当の介護支援相談員・ケアマネージャーは？

事業所名 _____

氏名 _____

【9】介護はどなたがされていますか？

- 妻 夫
 息子 嫁
 娘 嫁婿
 兄弟姉妹 孫
 その他 可能なら記載してください（ ）

【10】連絡先

- 1 氏名 _____（続柄： _____） ☎ _____（ ）
2 氏名 _____（続柄： _____） ☎ _____（ ）
3 氏名 _____（続柄： _____） ☎ _____（ ）