

物忘れ外来問診票

記入者：（ 本人 他者 ）

1. 今どのような症状、または気になることがありますか？

2. それはいつ頃からですか？

3. 血縁の方に同じ様な症状の方はいますか？（該当する項目を○で囲んで下さい）

いない いる （ご本人との関係： ）

4. 既往歴（該当する病名を○で囲んで下さい）

高血圧 糖尿病 脳梗塞 脳出血 甲状腺疾患
腎臓病 肝臓病 心疾患 その他（ ）

5. 現在内服中のお薬がありましたら記載をお願いします。

6. 病院からご連絡する際の連絡先をお書き下さい。

連絡先の方の氏名

（ご本人との関係： ）

自宅電話

携帯電話

物忘れ症状チェック票

診察の参考に致します。該当する症状の□に レ チェック入れて下さい。

記入者：（ 本人 他者 ）

記憶	<input type="checkbox"/> 通帳などのしまい忘れ、置き忘れがある <input type="checkbox"/> 最近の大きな出来事(冠婚葬祭など)を忘れる <input type="checkbox"/> 昔の印象深い出来事を忘れる
服装	<input type="checkbox"/> 自分で選べるが、同じ服装をしていることが多い <input type="checkbox"/> 季節や状況に合った服装をしない <input type="checkbox"/> 介護者が服を選ぶ必要あり、ボタンのある服を着るのが困難である
日課料理	<input type="checkbox"/> 日課は今まで通りこなすが、複雑な料理が困難である <input type="checkbox"/> 日課でしなくなることが増える、簡単な料理でも間違える <input type="checkbox"/> 家事をほとんどしない(料理ができなくなる)
外出 買い物	<input type="checkbox"/> 買い物リストがあれば本人だけの買い物でも支障がない <input type="checkbox"/> 外出したがらない、同じ物を何度も買う <input type="checkbox"/> 自分から外出しない、買い物に出かけない
服薬	<input type="checkbox"/> 服薬を忘れることが度々ある <input type="checkbox"/> 言わないと服薬を忘れる <input type="checkbox"/> 介護者が管理しなければならない
気分	<input type="checkbox"/> 時々、不安や気分の落ち込みが見られる <input type="checkbox"/> イライラすることが増え、笑顔が減る <input type="checkbox"/> 表情は以前に比べ乏しくなる
行動 心理症状	<input type="checkbox"/> 目的もなく屋外に出て歩き回る <input type="checkbox"/> 誰もいないのに、誰かいると主張する <input type="checkbox"/> 自分のものを誰かに盗まれたと主張する
その ほか の 症 状	