

# 物忘れ 初診問診票

続柄

記入者名 \_\_\_\_\_ ( )

## 【連絡先】

### 第一連絡先

お名前: \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

電話: \_\_\_\_\_

携帯: \_\_\_\_\_

### 第2連絡先

お名前: \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

電話: \_\_\_\_\_

携帯: \_\_\_\_\_

## 【これまでの事について教えてください】

病気 \_\_\_\_\_

入院 病名: \_\_\_\_\_ 入院年月日: \_\_\_\_\_

・ ( ) 歳まで ( ) の仕事をしていた。

・ 趣味や好きなことは ( ) 。

・ 今は ( ) して過ごすことが多い。

## 【現在の状況について教えてください】

○ 麻痺 [ あり・なし ] 部位 ( )

○ 痛み [ あり・なし ] 部位 ( )

### 《 日常生活について教えてください 》

① 食事 ⇒ [ 自分で食べられる・一部お手伝いがいる・全部お手伝いがいる ]

② 着がえ ⇒ [ 自分で着替える・一部お手伝いがいる・全部お手伝いがいる ]

③ 入浴 ⇒ [ 自分でできる・一部お手伝いがいる・全部お手伝いがいる ]

④ トイレ ⇒ [ 自分でできる・一部お手伝いがいる・全部お手伝いがいる ]

⑤ 行動 ⇒ [ 一人で外出できる・つきそいがいれば外出できる・ほぼ外出しない ]

⑥ 行動範囲 ⇒ [ 隣近所まで・交通機関利用・車を運転する ]

⑦ その他、お体の状態で気になることがあればお書きください。

[ ]

☆ **ご家族の方** にお尋ねします。

現在、このような症状がありますか？

「以前とくらべて」ということを前提に、お答えください。

- 1) 今日の日付や曜日がわからないことがよくある ( はい ・ いいえ )
- 2) 自宅の住所や電話番号を忘れることがある ( はい ・ いいえ )
- 3) 同じことを言ったり、聞いたりする ( はい ・ いいえ )
- 4) 物の名前や人の顔が思い出せない ( はい ・ いいえ )
- 5) しまい忘れや置き忘れが、増えた ( はい ・ いいえ )
- 6) 水道やガスの閉め忘れ、火の不始末がふえた ( はい ・ いいえ )
- 7) 会話の途中で言いたいことを忘れる ( はい ・ いいえ )
- 8) 買い物などお金の計算ができないことがふえた ( はい ・ いいえ )
- 9) 慣れた所で道に迷ったことがある ( はい ・ いいえ )
- 10) だらしなくなった ( はい ・ いいえ )
- 11) ささいなことで、怒りっぽくなった ( はい ・ いいえ )
- 12) お金や物を盗まれたと言う ( はい ・ いいえ )
- 13) 寝ている時間が多くなったり、昼夜が逆転している ( はい ・ いいえ )
- 14) 体の具合が悪いわけでもないのに、何もやる気がおきない様子がみられる ( はい ・ いいえ )

1、ご本人はもの忘れについて、どう思っていますか？

2、ご本人はもの忘れ外来を受診することをどう思っていますか？

3、その他、現在お困りの症状、お話したい事があればご記入ください。

- 《ご本人記入》  
 《ご家族記入》

☆ 差し支えなければ、ご本人がお書き下さい。

現在、このような状態がありますか？

「以前とくらべて」ということを前提に、お答えください。

\_\_\_\_\_ 答えられる範囲で結構です。 \_\_\_\_\_

- 1) 今日の日付や曜日がわからないことがよくある ( はい ・ いいえ )
- 2) 自宅の住所や電話番号を忘れることがある ( はい ・ いいえ )
- 3) 同じことを言ったり、聞いたりしてしまう ( はい ・ いいえ )
- 4) 物の名前や人の顔が思い出せない事が増えた ( はい ・ いいえ )
- 5) しまい忘れや置き忘れが、増えた ( はい ・ いいえ )
- 6) 水道やガスの閉め忘れ、火の不始末が増えた ( はい ・ いいえ )
- 7) 会話の途中で言いたいことを忘れてしまう ( はい ・ いいえ )
- 8) 買い物などお金の計算ができないことが増えた ( はい ・ いいえ )
- 9) 慣れた所で道に迷ったことがある ( はい ・ いいえ )
- 10) 最近、髪や衣類など、気が配れない ( はい ・ いいえ )
- 11) 少しのことで、いらいらする ( はい ・ いいえ )
- 12) お金や物を盗まれたと思うことが何度もある ( はい ・ いいえ )
- 13) 理由もなく眠かったり、夜起きていて昼眠ることが多くなった ( はい ・ いいえ )
- 14) 体の具合が悪いわけでもないのに、何もやる気がおきない ( はい ・ いいえ )

☆その他、医師へお話ししたい事があればご記入ください。☆