

【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。

フリガナ お名前	男・女	職業
住所 〒 _____		
本人連絡先	家族連絡先	

1. ご家族構成について教えてください。

お名前	年齢	続柄	
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居
	歳		同居 ・ 別居

2. 教育・職歴についてお伺いします。

■最終学歴

() 中学 高校 専門学校 大学 大学院 / <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退

■職業歴

年齢	職種	年齢	職種
歳 ~ 歳		歳 ~ 歳	
歳 ~ 歳		歳 ~ 歳	
歳 ~ 歳		歳 ~ 歳	

3. これまでにかかった病気について教えてください。

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

4. 喫煙・飲酒について

<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	〕

5. もの忘れの症状について「はい」「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	いいえ	・ はい	()
② 人の名前や物の名前が出てこない	いいえ	・ はい	()
③ 同じことを何度も聞くようになった	いいえ	・ はい	()
④ 火の不始末がある	いいえ	・ はい	()
⑤ 外出しなくなり、人との付き合いをさける	いいえ	・ はい	()
⑥ 口数が減った	いいえ	・ はい	()
⑦ 話を理解していないようだ	いいえ	・ はい	()
⑧ ボーっとしていることが増えた	いいえ	・ はい	()
⑨ 怒りっぽくなった	いいえ	・ はい	()
⑩ うまく歩けなくなった	いいえ	・ はい	()
⑪ 道に迷うことが増えた	いいえ	・ はい	()
⑫ 物を人に盗まれたという	いいえ	・ はい	()
⑬ アリや人形などが目の前に見える	いいえ	・ はい	()
⑭ 歩き回るなど目的の分からない行動が目立つ	いいえ	・ はい	()
⑮ 夜に眠らず、家の中を動きまわる	いいえ	・ はい	()
■もの忘れで受診したことが (ある ・ ない) 医療機関名 ()				

6. 介護保険の利用状況について

■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 ・ ショートステイ ・ 訪問看護 ・ ヘルパー ・ その他 ()

7. 今回の受診のきっかけをお聞きします

■当院を受診のきっかけをお聞きします。 <input type="checkbox"/> 家族からのすすめ <input type="checkbox"/> 知人・友人からのすすめ <input type="checkbox"/> 他機関からの紹介 () <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 「スマイル」を見て <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ