

**もの忘れ外来問診票**

※必要事項をご記入の上、あてはまる項目にレ点をつけてください。

患者氏名 \_\_\_\_\_ ご記入者  本人  家族・他（関係 \_\_\_\_\_）

介護保険： 未申請  申請中 要支援  1  2 要介護  1  2  3  4  5

1. 現在、治療を受けている病気はありますか？病院名や薬についてもご記入ください。  
 高血圧症  糖尿病  高脂血症  脳梗塞  脳出血  心筋梗塞  狭心症  
 認知症  その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 ・どこの病院に通院していますか？（ \_\_\_\_\_ ）  
 ・飲んでいる薬はありますか？  なし  ある→診察時に医師にお薬手帳をお見せください。
2. 過去にかかった病気や大きな怪我（頭を打ったなど）があればご記入ください。
3. 今までに薬剤（飲み薬、注射、造影剤）で湿疹、喘息などのアレルギー症状が出たことがありますか？あれば、症状もご記入ください。  
 なし  ある（ \_\_\_\_\_ ）
4. アルコールは飲んでいますか？飲酒されているようであれば1日の摂取量もお書きください。  
 なし  飲んでいる（ \_\_\_\_\_ /日）
5. 物忘れなど様子が変わり始めたのはいつ頃からですか？（例：〇月頃からよく物忘れをする）
6. 今みられている症状にチェックしてください。  
 同じことを何回も言う  
 今日が何日か、何曜日かわからないがよくある  
 物の置き忘れ、しまい忘れが多くなった  
 約束を忘れるようになった  
 物の名前が出てこないときがある  
 慣れたところで道に迷う  
 よく知っている人の名前や顔を忘れている  
 いつも使っているリモコン、洗濯機などの使い方を間違える  
 お金の計算を間違えることが増えた  
 身だしなみに気を遣わなくなった  
 あまり外出しなくなった  
 いろいろなことに関心を持たなくなった  
 怒りっぽくなった  
 物を盗られたと言うことがある  
 他の人には見えない物が見える、または聞こえない音が聞こえると言う  
 動作がゆっくりとなり、歩きにくさがある

ご記入いただきありがとうございます。終わりましたら受付窓口にお出してください。