

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。