

フリガナ お名前	(      歳 )	男・女	利き手： 右・左    ご職業：
			身長：                  cm    体重：                  kg

1. 本日は、どのような症状で受診されましたか？（お困りの症状をすべて教えてください）

- 頭痛                   吐き気・嘔吐                   めまい                   耳鳴り                   顔面麻痺                   <sup>まぶた</sup> 瞼の痙攣  
 もの忘れ                   手足・顔の震え                   手・足のしびれ                   しゃべりづらい                   転びやすい                   歩行障害  
 脚のむずむず                   力が入りにくい                   頭をぶつけた  
 その他 気になる症状（                  ）

補足 記入欄

2. その症状は いつ頃 からですか？

\_\_\_\_\_ 頃から  
 治療なし ・ 過去に治療していた ・ 他院で治療中  
 他院診断名（                  ）

3. 既往歴についてお聞きします

特になし ・ 脳卒中 ・ 心疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 癌  
 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 人工透析 ・ 緑内障 ・ 喘息  
 精神疾患（うつ ・ 不眠など） ・ その他（                  ）

- 手術歴： なし ・ あり（                  ）
- 現在飲んでいるお薬： なし ・ あり（                  ）

4. アレルギー や 副作用の出たお薬はありますか？    なし ・ あり（                  ）

5. 生活習慣について

たばこ： 吸わない ・ 吸う（1日      本 /      年前から） ・ 吸っていた（      歳まで      本）  
 お酒： 飲まない ・ 飲む（毎日 / 週に数回 / 月に数回 / 付き合い程度）

6. 女性の方にお聞きします ● 妊娠（可能性なし ・ 可能性あり） ・ 妊娠中（      ヶ月） ・ 授乳中  
 ● ピルの内服（なし ・ あり）

※ 介護の状態について、お聞きします（当てはまる箇所に  と ○ を記入してください）

- ① 介護認定：  なし     申請予定     申請中 … 要支援（Ⅰ・Ⅱ） 要介護（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）  
 ② 歩行状態：  自立歩行     歩行介助     杖     車いす（常時・外出時のみ）  
 ③ デイサービス利用：  なし     あり    週      回（施設名： \_\_\_\_\_）  
 ④ 施設入所：  なし     あり    （施設名： \_\_\_\_\_）

# もの忘れ外来 問診票

お名前:

記入者: ご本人 ・ その他 (

続柄

)

## ● 生活環境について教えてください

## ・ 家族構成

なし ・ 父 ・ 母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 息子 ( 人) ・ 娘 ( 人) ・ 孫 ・ その他 [ ]

## ・ どなたと暮らしていますか？

独居 ・ 夫婦 ・ 両親 ・ 二世帯 [ ] ・ 施設入所 ・ その他 [ ]

## ・ 同居していないご家族はいますか？

〔 ① 〕 ( 札幌市内: / その他: )

〔 ② 〕 ( 札幌市内: / その他: )

## ● 以下の質問にお答えください

1. 人や物の名前を時々、思い出せない
2. 同じことを何度も言う、聞いてくる
3. とんちんかんな話や行動がみられる
4. 最近怒りっぽい、些細なことですぐ怒る
5. 家で何もせず、ジッとしていることが多くなった
6. 外出したがらず、人との付き合いを避ける
7. 外出すると迷子になる
8. 趣味や好きなことをしなくなった
9. 食事をしたことを忘れ、食べていないと言う
10. 物を盗まれた、誰かにとられたと言う
11. いない人、動物が見えると言う
12. ガスの消し忘れなど、火の不始末がある
13. 夜になると落ち着かない、大声を上げる
14. 昼間うとうとし、夜寝ない
15. おもらしがある
16. シャツやズボンをきちんと着ることができない
17. 買い物などでお金の計算ができない
18. その他 (自由記載)