

もの忘れ外来を受診される患者さんへ

氏名 _____ 様

予約日 _____ 月 _____ 日 火・土 曜日 午前 10 時

当日は生活状況のわかるご家族と一緒に受診してください。

ご都合の悪い時は、早めに当院までご連絡ください。

徳重クリニック TEL 0568-24-3456

なお、お手数ですが受診されまでに以下の問診票をご記入ください。

記入者(_____) 続柄(_____)

あてはまる状態があればチェックをつけてください。

- 財布や通帳など大事なものをなくすことがある
- 電話を切ったばかりなのに、話していた相手や内容を忘れる
- 同じものを何個も買ってしまう
- 曜日や日付を何度も確認しないと忘れてしまう
- 慣れた道でも迷うことがある
- 薬の飲み忘れや飲み間違い、飲んだかどうかわからなくなることがある
- リモコンや洗濯機など今まで使えていたものの操作がうまくできない
- いらいらして怒りっぽくなった
- 一人でいることが不安になる
- 外出するのがおっくうになった
- 趣味や好きなテレビを楽しめなくなった
- 身だしなみに構わなくなった
- 外出し戻ってこないことがある(徘徊)
- 虫や子供など現実にはないものが見えているようである(幻覚)
- 実際に聞こえないはずの声や音が聞こえているという(幻聴)
- 食べられないものを口にしてしまう(異食)
- 夕方から夜になると活動的で昼間はウトウトしている(昼夜逆転)
- その他 (詳しく: _____)

上記の症状が出たのは今からどれくらい前ですか？

□ここ最近(具体的に: _____ 前) □1年前 □2~3年前 □それ以上(_____ 年前)

→ 裏面に続きます

その頃に何かきっかけと思われることはありましたか？

なかった あった（下記にチェックをつけてください）

引越し 同居 別居 施設入所 入院（病名： _____）

身近な方の死別 退職 ケガ、病気 その他（ _____ ）

現在介護保険の要介護認定は受けておられますか？

受けていない → 申請中 未申請

受けている → 区分：（ 要介護 ・ 要支援 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

ご家族について伺います。

①同居のご家族はいらっしゃいますか？

いいえ はい → 具体的にどなたですか（ _____ ）

②息子さん、娘さんはいらっしゃいますか？

いいえ はい → 居住地（市町村）（ _____ ）

③ご家族（父母兄弟含め血縁者）に認知症や神経の病気の方はいらっしゃいましたか？

なし あり（詳しく： _____ ）

ご本人について伺います。

①生まれ（出身地）はどちらですか？（ _____ 県 _____ 市・町・村 ）

②お仕事は何を何歳までされてきましたか？

（ _____ ）

③今は普段どんなことをされていますか？

（ _____ ）

④普段お酒は飲まれますか？（ 飲まない ・ たまに ・ 週 日 ・ 毎日 ）

1日に飲む量は何をどれくらい飲まれますか？（ _____ を _____ ml ・ 合 くらい）

⑤以下の症状で当てはまるものにチェックをつけてください。

便秘 立ちくらみ 匂いがよくわからない よく転ぶ 歩きが不自由

寝ているときに独り言をいう・身体が勝手に動く 手が震える 頭痛

けいれん・ひきつけ 意識を失ったことがある 体重が大きく減った

力が入りにくい 食欲がない 夜眠れない 気分が落ち込む

⑤脳ドックや何かで頭の検査（CT、MRI）は受けたことがありますか？

いいえ はい → （ _____ ）年前 病院名（ _____ ）

ご記入ありがとうございました。受診当日こちらの用紙を一緒にお持ちください。

※当日は神経学的検査・診察等で1時間以上お時間がかかる場合がございます。余裕をもってお越しください。