

清水赤十字病院
もの忘れ診察 問診票

氏名: _____

性別: 男 女

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

① 本日受診した理由は何ですか？(一番困っていることご記入ください)

(本人) _____

(家族) _____

② その症状はいつ頃からですか？ おおよその時期を書いてください。

_____ 頃から

③ いままでにかかった病気をわかる範囲で書いてください。

| 年齢 | 病名 | 病院・クリニック名 | 治療状況 |
|----|----|-----------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 |

喫煙歴: 有 無 【開始年齢: _____ 歳、 喫煙数量: _____ 本/日】

飲酒歴: 有 無 【開始年齢: _____ 歳、 頻度: _____ 日/週

【1日の飲酒量と種類: _____】

最終学歴: 中学校 高校 専門学校等 大学 大学院
卒業 中退

職業歴

| 年齢 | 職種 |
|-------------------|----|
| _____ 歳 ~ _____ 歳 | |
| _____ 歳 ~ _____ 歳 | |
| _____ 歳 ~ _____ 歳 | |

家族歴： 家族・親族に認知症を含む神経・精神疾患にかかった方がいますか？

いる 【本人との関係： 病名： 】
いない

該当する項目を○で囲んでください

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. 同じことを何度も言う、または聞く | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 2. 置き忘れ・しまい忘れがある | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 3. ものの名前が出てこない | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 4. 今までできた仕事を間違う、または時間がかかる | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 5. 薬の管理ができない | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 6. 以前あった趣味や関心がなくなっている | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 7. 複雑なテレビ番組が理解できない | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 8. 水道やガス栓の閉め忘れがある | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 9. 話題が乏しくなった | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 10. だらしくなってきた | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 11. ものを盗まれたという | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 12. ささいなことで怒りっぽくなった | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 13. 慣れているところで道に迷う | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 14. 計算の間違いが多い | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 15. 夜中に起きて騒ぐ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 16. 歩行が不安定(転倒する、動作が鈍い)になった | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 17. 立ちくらみが多い | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 18. 食事や水分をとるときに度々むせる | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 19. 食の好みが変わった、偏食や食べ過ぎが目立つ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 20. 居ないはずの人や動物が見えるという | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 21. 寝ぼけや大声で寝言を言う | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 22. トイレが間に合わず尿や便が漏れることがある | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |

介護保険： 申請なし
 申請あり 要支援1 要支援2 事業対象者
 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

その他、ご相談したいことを自由に記載してください

| |
|--|
| |
|--|