

物忘れ外来 問診表 氏名 _____ 年 ____ 月 ____ 日

1. 現在お困りの症状について教えてください。また、それはいつごろから始まりましたか。

• お困りの症状 (例：物忘れが多い・料理ができなくなった・怒るようになった)

• 上記の症状が始まった時期 _____ 年 ____ 月 ____ 日頃 (____ 歳)

• 症状が始まったきっかけはありますか

2. 以下のような症状はありますか。当てはまる項目をチェック☑して下さい

はっきりしている時とボーっとしている時がある

実際にそこにはない物が見えたり、いない人が見える時がある

体を動かしにくい、手足が震える、歩きづらといった症状がある

臭いが分からなくなった

3. 常用しているお薬 (サプリメント・薬局で購入した薬も含む) ある ない

お薬手帳はお持ちでしょうか。 ある ない

4. 最終学歴 (最後に出た学校) と教育年数

学校名: _____ 教育期間: _____ 年 (中学卒業: 9 年 高校卒業: 12 年)

5. 職歴 ない ・ ある

• _____ (才 ~ 才 まで)

• _____ (才 ~ 才 まで)

• _____ (才 ~ 才 まで)

