

物忘れ外来 問診票

記入日 年 月 日

ご本人の氏名 _____

記入者名 _____ (続柄)

以下の質問のあてはまる項目全てに○、または記入してください。

Q1. どのような物忘れがありますか？

- ・ 人と会ったことを忘れる ・物の使い方が分からなくなる ・昔の記憶が曖昧になる
- ・ ニュースやドラマの内容を覚えられない ・同じことを繰り返して言う
- ・ その他 ()

Q2 以前と比べて、身体的な変化はありましたか？

- ・ 眠れなくなった ・食欲がなくなった、または増えた ・極端に疲れやすくなった
- ・ 身の回りのことが自分でできなくなった ・家事や作業に時間がかかるようになった
- ・ その他 ()

Q3 以前と比べて、精神的な変化はありましたか？

- ・ 周囲のことに興味関心が薄れている ・怒りっぽくなった ・物が盗まれたと言う
- ・ 宙を向いていることが多い ・こちらが見えていないものを見たと言う
- ・ その他 ()

Q4 上記のような変化は、いつぐらいから起こりましたか？

- ・ 最近、急に ・前から少しあったが、最近ひどくなった ・なんとなく以前から
- ・ わからない ・その他 ()

Q5 現在、治療を受けている病気はありますか？

- ・ ない
- ・ ある【高血圧・糖尿病・高脂血症・脳梗塞・脳出血・心筋梗塞・狭心症
その他 ()】

Q6 現在、薬を飲んでいますか？

- ・ 飲んでない
- ・ 飲んでいる【内容 _____】

Q7 嗜好品について

- ・ タバコは吸っていましたか？ <いいえ はい (本/日) >
- ・ アルコール類は飲みますか？ <いいえ はい (/日) >

その他、気になること、困っていること、お知りになりたいことなどご記入ください

()