

◇ もの忘れ外来の診察を受けられる方へ ◇

診察と治療をスムーズに行うために、前もって患者様とご家族の方に質問をさせていただいております。お分かりになる範囲でご記入ください。なお、当院は個人情報保護法を遵守しております。

受診される方のお名前\_\_\_\_\_

本票に記入している方のお名前\_\_\_\_\_ (患者様との続柄:\_\_\_\_\_)

今回の受診は、  本人の希望 、  家族から勧めて

もの忘れ外来を受診するにあたり、お困りの症状などをお書き下さい。

---

---

---

お困りの症状はいつ頃から気になり始めましたか？ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃から

思い当たるきっかけなどがあればお書き下さい。

---

---

今までに、その症状について検査や治療を受けられたことがあれば、お分かりになる範囲でご記入ください。

- \_\_\_\_\_病院で 検査した / 通院した / 入院した  
(検査の内容・結果\_\_\_\_\_)  
(受けた治療\_\_\_\_\_)  
(\_\_\_\_\_年の\_\_\_\_\_月から\_\_\_\_\_年の\_\_\_\_\_月まで)
- \_\_\_\_\_病院で 検査した / 通院した / 入院した  
(検査の内容・結果\_\_\_\_\_)  
(受けた治療\_\_\_\_\_)  
(\_\_\_\_\_年の\_\_\_\_\_月から\_\_\_\_\_年の\_\_\_\_\_月まで)
- \_\_\_\_\_病院で 検査した / 通院した / 入院した  
(検査の内容・結果\_\_\_\_\_)  
(受けた治療\_\_\_\_\_)  
(\_\_\_\_\_年の\_\_\_\_\_月から\_\_\_\_\_年の\_\_\_\_\_月まで)
- その他\_\_\_\_\_

当てはまる項目の番号に○をつけて下さい。

1. 無表情、無感情の傾向が見られる
2. ぼんやりしていることが多い
3. 生きがいを感じている様子がない
4. 根気が全く続かない
5. 発想が乏しく、画一的になる
6. 一日や一週間の計画が、自分で立てられない
7. 三つ以上の用事を、同時に並行して片付けられない
8. 反応が遅く、動作がもたもたしている
9. 同じことを繰り返し話したり、尋ねたりする
10. 相手の意見を聞かない
11. 何度教えても日付があやふやになる
12. 身だしなみに無頓着になる
13. 今まで出来ていた家庭内の簡単な用事ができなくなる(洗濯物の整理、草取りなど)
14. ガス、風呂の火、電気の消し忘れ、水道の締め忘れが目立つ
15. 料理がうまくできず、味付けが変になる
16. 薬をきちんと飲めないので、家族が注意する必要がある
17. 季節や目的に合った洋服を選べない
18. 昨日の出来事をすっかり忘れてしまう(例えば、昨日の老人会の出来事を忘れるというのではなく、老人会であったことそのものを忘れてしまう)
19. お金や持ち物のしまい場所を忘れて「盗まれた」と騒ぐ
20. 簡単な計算もできない
21. 同居の家族の、名前や関係が分からない
22. 汚れた下着を、そのまま平気で着ている
23. 服を一人では正しく着られず、上着に足を通したりする
24. 風呂に入ることを嫌がる
25. 食事をしたことをすぐに忘れる
26. しばしば自宅の方向が分からなくなる
27. 家庭生活(食事、入浴、排泄)に介助が必要である
28. 独り言や同じ言葉の繰り返しが目立つ
29. 誰も居ないのに「人がいる」と言ったりする
30. 大小便を失敗し、後の処置がうまくできない

(エイジングライフ研究所より引用)

〈からだのことについてお聞きします〉

身長\_\_\_\_\_cm、 体重\_\_\_\_\_kg、 利き腕 右 左

現在治療中または過去に治療や手術を受けた病気はありますか？

- 病名\_\_\_\_\_ 何歳から\_\_\_\_\_歳～\_\_\_\_\_歳  
飲んでいる薬\_\_\_\_\_ 病院\_\_\_\_\_
- 病名\_\_\_\_\_ 何歳から\_\_\_\_\_歳～\_\_\_\_\_歳  
飲んでいる薬\_\_\_\_\_ 病院\_\_\_\_\_
- 病名\_\_\_\_\_ 何歳から\_\_\_\_\_歳～\_\_\_\_\_歳  
飲んでいる薬\_\_\_\_\_ 病院\_\_\_\_\_
- その他\_\_\_\_\_

その他に飲んでいてる薬や、外用薬がありましたらお書き下さい。

---

これから他院での検査の予定はありますか？

---

現在からだに、痛いところや、かゆいところはありますか？ある場合どこの部位ですか？

( \_\_\_\_\_ )

薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ある( \_\_\_\_\_ ) ない

お酒は飲みますか？

はい (毎日 / 時々 \_\_\_\_\_を\_\_\_\_\_杯くらい飲む)

いいえ

以前に飲んでいた(\_\_\_\_\_歳頃、\_\_\_\_\_年間\_\_\_\_\_を\_\_\_\_\_杯くらい飲んで)

タバコは吸いますか？

はい(1日\_\_\_\_\_本くらい)

いいえ

以前に吸っていた(\_\_\_\_\_歳頃、\_\_\_\_\_年間、1日\_\_\_\_\_本くらい)

〈生活全般についてお聞きします〉

どこで生まれましたか？ \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市  
兄弟はいますか？  いる(ご自分は兄弟 \_\_\_\_\_ 人中、上から \_\_\_\_\_ 番目)、 いない  
出生時や成長の過程で何か問題はありましたか？

---

最終学歴を教えてください。

小学校 / 中学校 / 高校 / 短大 / 大学 / 大学院 / 専門学校

在学中の成績について教えてください。

上 / 中 / 下 その他( \_\_\_\_\_ )

職歴、アルバイト、パート歴を教えてください。

(会社名) \_\_\_\_\_ に、\_\_\_\_\_ 年間 / ヶ月間、\_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳(仕事の内容 \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ に、\_\_\_\_\_ 年間 / ヶ月間、\_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳(仕事の内容 \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ に、\_\_\_\_\_ 年間 / ヶ月間、\_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳(仕事の内容 \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ に、\_\_\_\_\_ 年間 / ヶ月間、\_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳(仕事の内容 \_\_\_\_\_ )

本来の性格についてお書き下さい。

---

---

性格が、ここ数年で変わったような事がありますか？  ある  ない

結婚歴をお知らせください。

- 未婚
- 婚姻中 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に結婚)
- 離婚 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に離婚)
- 死別 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に死別)

お子さんはいらっしゃいますか？

- いる (現在 \_\_\_\_\_ 歳、性別 男 / 女、同居 している / していない)
- いる (現在 \_\_\_\_\_ 歳、性別 男 / 女、同居 している / していない)
- いる (現在 \_\_\_\_\_ 歳、性別 男 / 女、同居 している / していない)
- いる (現在 \_\_\_\_\_ 歳、性別 男 / 女、同居 している / していない)
- いない

現在、同居(二世帯住宅含む)している家族構成を教えてください。

お名前	年齢	患者様との続柄	勤務先、仕事の内容

家族、親戚の方で神経、精神、認知症など、心の病気の方はいらっしゃいますか？

いる( )

いない

家族、親戚の中に特に多い病気(高血圧症、糖尿病、脳卒中、ガンなど)はありますか？

ある( )

なし

〈日常生活について、当てはまる項目の□にチェック☑をして下さい〉

日中は 起きている ほとんど寝ている 昼夜逆転している  
排泄は (トイレ ポータブル) で 自立 誘導 オムツ  
着替えは 自立 一部介助 全介助  
入浴は 自立 一部介助 全介助  
食事は 自立 一部介助 全介助  
歩行は 自立 一部介助 全介助  
聴覚障害 なし あり (補聴器使用 大声で会話可)  
視力障害 なし あり  
車の運転をしている はい いいえ

〈介護保険についてチェック☑をつけ、記入してください〉

- 申請している。 自立・要支援( )・要介護( )  
どのようなサービスを受けていますか？  
( )
- 申請を希望したい。  
 申請を希望しない。  
 介護保険についてよくわからない。

ご家族あるいは本日同行された方々は、今後どのようなお世話をしたいと考えていますか？  
具体的にお書きください。

---

---

---