

もの忘れ問診票 ～受診される方の状況をお教えてください～

氏名_____ 性別（男・女） 生年月日_____年_____月_____日 _____歳
身長_____cm 体重_____kg 利き手（右・左） お住まい（独居・同居・施設）
主治医（かかりつけ医）_____先生 （_____医院、病院）

【1】今一番お困りのことは何ですか？（_____）

【2】いつからどのように具合が悪くなりましたか？
（_____）

【3】どのような症状がありますか？（該当するものに○をつけて下さい）

- ・もの忘れ（ ）
- ・しまい忘れ（ ）
- ・同じ事を何度も何度も尋ねる（ ）
- ・夜間不穏になる（ ）
- ・意志の疎通がはかれない（ ）
- ・意欲の低下（ ）
- ・徘徊（ ）
- ・不潔行為（ ）
- ・介護への抵抗（ ）
- ・動作が鈍い（ ）
- ・根も葉もない考えにとらわれている（ ）
- ・見えるはずのないものが見える（ ）
- ・日中によく居眠りをする（ ）
- ・良い時と悪い時の差が激しい（ ）
- ・服をうまく着られない（ ）
- ・一人で風呂に入れない（ ）
- ・トイレの後始末ができない（ ）

【4】次のことがわかりますか？（わかるものに○、わからないものには×）

今日は何月何日か（ ）、自分がいる場所（ ）、親しい人の顔（ ）

【5】今までにどのような病気にかかりましたか？

- ・高血圧（ ）
- ・糖尿病（ ）
- ・高脂血症（ ）
- ・不整脈（ ）
- ・その他（ ）

【6】今、どんな薬を飲んでいますか？

（_____）

【7】嗜好と生活習慣

- ・タバコ（ ）本/日
- ・飲酒（ ）
- ・趣味（ ）

【8】介護保険（要介護度を○で囲んで下さい。申請されていない方は記入不要です。）

要介護度：要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

利用中のサービス：デイサービス（ ） デイケア（ ） 訪問看護（ ）

ショートステイ（ ） ホームヘルパー（ ） その他（ ）

【9】介護はどなたがされていますか？

妻（ ） 夫（ ） 嫁（ ） 息子（ ） 娘（ ） 兄弟姉妹（ ） 孫（ ） 親（ ）

その他（ ）

【10】連絡先：氏名_____（続柄：_____） ☎（_____）

記入日 平成_____年_____月_____日

記入者_____

※ご本人でなく、必ずご家族の方が記入して下さい。

ご協力ありがとうございました。

富永病院 2013.11（北大阪もの忘れ研究会）