

# 物忘れ外来 問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日（明治・大正・昭和） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入される方のお名前 本人 ・ \_\_\_\_\_ ご本人との関係（ \_\_\_\_\_ ）

患者さんの状態について一番ご存知の方はどなたですか

本人 ・ \_\_\_\_\_ ご本人との関係（ \_\_\_\_\_ ）

連絡先：TEL \_\_\_\_\_

## ■今現在の患者さんのお住まいについてお聞きします

- ・ 単身生活
- ・ 家族と同居 \_\_\_\_\_ 年から \_\_\_\_\_ と同居
- ・ 施設に入所中 \_\_\_\_\_ 年から 施設名： \_\_\_\_\_ に入所

## ■患者さんの物忘れの症状についてお聞きします

- ・ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ころから物忘れがひどくなった （ 急に ・ 徐々に ）
- ・ 物忘れが出現・悪化する前になにかきっかけや、生活上の変化など、前触れがありましたか  
（あれば具体的に記載してください 「x年6月に骨折してから」など）
- ・ 物忘れの症状について、以前に診察を受けたことがありますか （ ある ・ ない ・ 現在通院中 ）  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 医療機関名： \_\_\_\_\_ : 診断

## ・その他、精神科や神経科などにかかったことがありますか（ ある ・ ない ・ 現在通院中 ）

（例： x年 2 月～x年 12 月 医療機関：Aメンタルクリニック：診断 うつ病 など）

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 医療機関名： \_\_\_\_\_ : 診断

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 医療機関名： \_\_\_\_\_ : 診断

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 医療機関名： \_\_\_\_\_ : 診断

## ・物忘れや、その他の症状は、一日のうちで変化しますか。一番ひどいときは何時ですか

（ 変化する \_\_\_\_\_ ころがひどい ・ 変化しない ）

## ・寝ぼけたり、夜中に大声を出したりすることがありますか （ ある ・ ない ）

## ・転びやすくなった 歩き方がおかしくなったことはありますか （ ある ・ ない ）

## ・物忘れ以外に気になる症状ありますか

特になし

幻覚 妄想 昼夜逆転 暴言・暴行 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為

異食行動 性的問題

その他気になる変化がございましたら記載してください [怒りっぽくなった、味の好みが変わった、など]

※幻覚：実際にはありもしない音や声が聞こえたり、見えたりすると訴えること

異食行動：例えば歯磨き粉や石けんなどの食べ物以外のものや、味噌などの調味料をそのままで食べたりすること

- ・今現在、介護保険は利用されていますか（ 利用している ・ 利用していない ）  
利用しているの場合 要支援\_\_\_\_・ 要介護\_\_\_\_
- ・今現在、デイケア・デイサービスなどの介護サービスなどを利用されていますか  
（ 利用している ・ 利用していない ）  
利用している場合（ デイサービス ・ デイケア ・ その他 \_\_\_\_\_ ）  
\_\_\_\_\_年から 施設名：\_\_\_\_\_ 週に\_\_\_\_\_回利用している  
定期的に利用している場合は何曜日に利用していますか（月・火・水・木・金・土）

## ■身体的疾患・身体状況についてお聞きします

- ・今現在、精神科や神経科以外の病院や診療所、介護サービスなどに通院・通所されていますか  
（ 通院している ・ 通院していない ）

通院している場合は、いつから・通院の頻度・診断についてお書きください

（例： x年 2 月ころより A内科クリニックに通院中：診断 高血圧症 処方薬：あり）  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月ころより\_\_\_\_\_に通院中：診断\_\_\_\_\_ 処方薬 あり・なし  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月ころより\_\_\_\_\_に通院中：診断\_\_\_\_\_ 処方薬 あり・なし  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月ころより\_\_\_\_\_に通院中：診断\_\_\_\_\_ 処方薬 あり・なし

今服用中のお薬の内容をお書きください(お薬手帳をお持ちなら、お書きいただかなくても結構です)：

- ・何らかの定期的な処置を必要とする部位がありますか  
在宅酸素療法、人工肛門、膀胱留置カテーテル、褥瘡(床ずれ)の処置など。ある場合は、具体的にお書きください

## ■現在の生活の状況についてお聞きします

- ・手足で動かない（マヒしている）ところがありますか（ ある ・ ない ）  
ある場合は、場所（\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_年から 原因：脳卒中・その他・不明）
- ・ひとりで歩行できますか（ できる ・ できない ・ 支えればできる ）  
出来ない場合、車椅子なら自力で操作可能ですか（ できる ・ できない ）
- ・ひとりで立つことができますか（ できる ・ できない ・ 支えればできる ）
- ・ひとりで食事は食べられますか（ 食べられる ・ 食べられない ）  
出来ない場合（ すべて介助しないと食べられない ・ 少し介助すれば食べられる ）
- ・ひとりでトイレ・排泄は出来ますか（ できる ・ できない ）  
失禁することはありますか（ ほとんど失禁 ・ 時々ある ・ ない ）  
おむつを着用していますか（ している ・ していない ）
- ・ひとりで入浴は出来ますか（ できる ・ できない ・ 訪問入浴 ・ デイサービスで入浴 ）
- ・買い物・料理・洗濯・着替えなど、以前できていた身の回りのことはどの程度できますか  
問題なく出来る ・ ときどき手順を間違えることがある ・ ほとんどいつも手順を間違える ・ できない