ご本人用もの忘れ外来予診表

診察と治療をスムーズに行なうために、前もって患者様に質問させていただいております。
おわかりになる範囲でご記入ください。（ご記入が難しい個所は空白でかまいません。）なお、ご記入内容はカルテと同様に、病院の外部には一切出ることはありません。

受診される方のお名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 今回の受診された理由を教えてください。（複数回答可）
   □認知症を心配して　　　　　　　　□ご本人が　　□ご家族の方が
   □家族以外の方からすすめられて　（どなたですか：　　　　　　　　　　）
   □かかりつけ医より紹介されて　　紹介状　　　　□あり　　　　□なし
   □今、困っていることを相談したい
   □脳の検査　□CT　□MRI　□SPECT　をうけたい
   □認知症のお薬を希望する

2. もの忘れ外来を受診するにあたって一番お困りの症状をお書き下さい。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3. いつ頃から気になり始めました？　　　　　年　　　月頃から
   思い当たるきっかけがあればお書き下さい。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

4. 4A. どのような症状がありますか？（あてはまるものに☑をつけて下さい）
   □もの忘れが多いと感じる
   □1 年前に比べて物忘れが増えたと感じる
   □同じことを何度も言う・聞く・するようになった
   □財布や鍵などのしまい忘れ・置き忘れが増え、いつも探し物をしている
   □貯金の出し入れ、家賃や公共料金の支払いができなくなった
   □慣れた道でも迷い、家に帰ってこられなくなることがある
   □1 人で買い物にいけなくなった
   □バスや電車、自家用車でひとりで外出することがある
   □自分のいる場所がどこだかわからなくなることがある。

□さっき聞いたはずの事が思い出せない。
□今日が何月何日かわからない。
□自分の生年月日がわからなくなることがある。
□車の運転で交通ルールの違反が多くなる。自動車の運転で事故をおこした。
□計算がにがてになる
□薬の飲み間違いが多くなったようだ
□些細なことで怒りっぽくなった
□「なんか様子がおかしい」と周囲からいわれる
□趣味や好きなテレビに興味がなくなった
□下着を替えない、身だしなみをかまわなくなった
□トイレを失敗することが増えた

4B. 他に次のような身体症状があったらあてはまるものに☑をつけてください。
□ろれつが回らなくなった
□手足がふるえる　(部位：□右手　□右足　□左手　□左足)
□転倒しやすい
□食べ物のむせこみがある
□見えるはずのないものが見えることを自覚する

5. ものわすれでこれまでどこかに受診したことが　□ある　□ない
5A.「ある」とお答えした方は以下にもお答えください。
(　　　　　　　)病院で(　　　　　)年の(　　　　)月から
(　　　　　)年の(　　　　)月まで
□検査をした　□通院した　□入院した
(検査内容) □CT　□MRI　□血液検査　□心理検査
(検査結果) (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)
(治　　療) 薬を　□もらった　□もらっていない

(もの忘れで受診した病院が複数ある時はお使い下さい)
(　　　　　　　)病院で(　　　　　)年の(　　　　)月から
(　　　　　)年の(　　　　)月まで
□検査をした　□通院した　□入院した
(検査内容) □CT　□MRI　□血液検査　□心理検査
(検査結果) (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)
(治　　療) 薬を　□もらった　□もらっていない

＜からだのことをお聞きします＞
6. 身長(　　　　)cm、体重(　　　　)kg　　利き手　□右　□左
7. かかりつけの病院・医院がおありですか？
□ない　□ある　(病院名：　　　　　　　　)
8. 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？
□ない　□ある

8A.「ある」場合は次の質問にもお答えください。

以下のうち、これまでにかかった病気はありますか？

該当するもの全てに☑をつけ、年齢と通院した医療機関名、現在薬を飲んでいるかどうかをご記入ください。

	年齢	医療機関	服薬
□高血圧	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□脳血管障害（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、あるいは脳卒中を含みます）	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□狭心症や心筋梗塞	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□不整脈	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□糖尿病	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
ペースメーカーの埋め込み　□有　□無			
□糖尿病	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□高脂血症（中性脂肪・コレステロールが高い）	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□高尿酸血症または痛風	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□甲状腺の病気	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□うつ病	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□アルコール依存症	（　　）歳	（　　　　）	（　　）
□てんかん	（　　）歳	（　　　　）	（　　）

上の病気の他に、大きなけが、手術、入院したことがありますか？ある場合は、ご記入ください。

病名	何歳～何歳まで	医療機関	服薬があれば書いてください。
（　　　）	（　）～（　）まで	（　　　）	（　　　）
（　　　）	（　）～（　）まで	（　　　）	（　　　）
（　　　）	（　）～（　）まで	（　　　）	（　　　）
（　　　）	（　）～（　）まで	（　　　）	（　　　）
（　　　）	（　）～（　）まで	（　　　）	（　　　）

9. その他に飲んでいる薬や、外用薬、サプリメントがありましたらお書き下さい。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

10. お薬手帳があれば、お知らせください。

□ある　□ない

11. 薬（注射を含む）や食べ物のアレルギーはありますか？

□ある（　　　　　　　　　　）

□ない

＜嗜好品についてお聞きします＞

12. お酒は飲みますか？

☐はい　（頻度：☐毎日　☐時々　）

（種類：☐ビール　☐日本酒　☐ワイン　☐ウイスキー　☐焼酎　☐その他）

（　　）歳～（　　）歳　量：1日（　　）ml程度

☐週　☐月に　（　　）日程度飲む

☐いいえ

☐以前に飲んでいた（　　歳頃、　　年間　　　を　　杯くらい飲んでいた）

13. タバコは吸いますか？

☐はい

☐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＞

14. どこでお生まれになりましたか？

（　　　　　）県　（　　　　　）☐市　☐町　☐村

15. ご兄弟はいますか？

☐いる（ご自分は兄弟　　人中、上から　　番目）

☐いない

16. 出生時や成長の過程で何か問題がありましたか？

☐ない

☐ある（　　　　　　　　　　　　　　）

17. 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

18. 在学中の成績について教えてください。

☐上　☐中　☐下　☐その他（　　　　　　　　　　）

19. 職歴、アルバイト（パートを含む）歴を教えてください。

（会社名）　（期間）　（年齢）　仕事の内容

（　　　　）に、（　）年間/ヶ月、（　）歳～（　）歳（　　　　　　　　）

（　　　　）に、（　）年間/ヶ月、（　）歳～（　）歳（　　　　　　　　）

（　　　　）に、（　）年間/ヶ月、（　）歳～（　）歳（　　　　　　　　）

（　　　　）に、（　）年間/ヶ月、（　）歳～（　）歳（　　　　　　　　）

20. これまで結婚歴を教えてください。

☐未婚

☐婚姻歴　（　　歳に結婚～　　歳まで）

（　　歳に結婚～　　歳まで）

☐離婚　（　　年　　月に離婚）

☐死別　（　　年　　月に死別）

21. 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　□同居していない)
　　　　(現在　　　歳、性別　□男　□女、　□同居している　□同居していない)
　　　　(現在　　　歳、性別　□男　□女、　□同居している　□同居していない)
　　　　(現在　　　歳、性別　□男　□女、　□同居している　□同居していない)
　　　　(現在　　　歳、性別　□男　□女、　□同居している　□同居していない)

□いない

22. 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

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

23. 血のつながりのあるご家族で「認知症」の方が

□いる　(□祖父　□祖母　□父　□母　□兄弟姉妹　□その他（　　　　　　　　）

□いない

24. ご家族、親戚の方で認知症以外の頭や心の病気の方はいらっしゃいますか？

□いる（　　　　　　が　　　　　　で（□通院　□入院）している）
　　　（　　　　　　が　　　　　　で（□通院　□入院）している）

□いない

25. ご家族、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）はありませんか？

□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ない

26. 趣味がありますか？

□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ない

27. 本来のご性格について、当てはまると思うもの全てに☑をつけてください。

□積極的　□社交性　□孤独を好む　□無口
□くよくよする　□優柔不断　□消極的　□見栄っ張り
□自己中心的　□まじめ　□頑固　□横着
□責任感が強い　□完璧主義　□マイペース　□嫉妬深い
□おおらか　□短気　□気難しい　□心配性

28. ご自身の性格が、ここ数年で変わったようなことはありますか？

□ある　□ない

29. 現在の食欲について、該当する内容に☑をつけてください。

□普段以上　□普段通り　□あまりない　□ない

30. 現在のおおよその睡眠の状態と、時間帯をご記入ください。

状態：☐よく眠れている　☐まあまあ眠れている　☐あまり眠れない　☐眠れない

時間帯：1 日約（　　　）時間

☐午前　☐午後　（　　　）時頃　～　☐午前　☐午後　（　　　）時頃

☐一定ではない

31. 現在のお通じの回数とその状態についてご記入ください。

お通じの回数：1 週間に（　　　）回程度

お通じの状態：☐便秘気味　☐普通　☐下痢気味

32. ＜日常生活について、あてはまるところに☑をしてください＞

①屋内生活：☐日中ほとんどベッドから離れて生活　☐日中寝たきり　☐昼夜逆転

②歩行：☐自分で可能　☐杖や介助があれば可能　☐車椅子（介助：☐あり　☐なし）

③着替え：☐自分で可能　☐一部介助が必要　☐常に介助が必要

④食事：☐自分で可能　☐一部介助が必要　☐常に介助が必要

⑤排尿・排泄：☐自分で可能　☐時々失敗する　☐いつも失敗する　☐おむつ使用

☐トイレ使用　☐ポータブルトイレ使用

⑥入浴：☐自立　☐一部介助　☐全介助

⑦家事：☐自分で可能　☐単純な手伝いのみで可能　☐不可能　☐機会がない

⑧買い物：☐自分で可能　☐付き添いがあれば可能　☐不可能　☐機会がない

⑨車の運転をしている：☐はい　　☐いいえ

⑩外出：☐自力で電車やバスを使って外出する　☐自力で隣近所へなら外出する

☐介助があれば可能　☐ほとんど外出をしない

⑪視力：☐生活に支障はない　☐支障がある（理由：　　　　　　　　　　　　）

⑫聴力：☐生活に支障はない　☐支障がある（理由：　　　　　　　　　　　　）

（程度）☐大声で会話可能　　補聴器　☐あり　☐なし

33. どのようにして当院をお知りになりましたか？

☐かかりつけ医の紹介

☐かかりつけ医以外の他の医療機関の紹介

☐ご家族・知人の紹介

☐ケアマネージャーの紹介

☐インターネット（☐パソコン　☐携帯）

＜介護関連＞

①患者さんは身体障害あるいは精神障害の手帳をお持ちですか？

☐ない

☐ある（　　　　　　　　　　　　　　　　）

②患者さんの介護保険およびサービスの利用状況についてお伺いします。

(1) 介護保険の申請をしていますか？　☐はい　☐いいえ

以下は、(1)で「はい」と答えた方に伺います。

「いいえ」と回答なさった方は、(5) へ。

(2) 該当する要介護度に☑をつけてください。

☐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

(3) 現在、利用されているサービスについて、当てはまるもの全てに☑をつけてください。

☐デイサービス　☐ホームヘルパー　☐ショートステイ　☐配食サービス

☐入浴サービス　☐訪問看護　☐住宅改修　☐緊急通報システム

☐福祉用具（例：ベッド、車椅子、歩行器、マットレスなど）

☐その他（内容：　　　　　　　　）　☐利用したことがない

(4) 担当のケアマネージャーの名前と所属、電話番号をご記入ください。

ケアマネージャーの名前：

ケアマネージャーの所属：

ケアマネージャーの電話番号：

(5) (1)で「いいえ」と答えた方に伺います。

☐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。