ご家族(付き添いの方) 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。

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。

. 64	
患す	皆 さんのお名前()
患す	家族(付き添いの方)のお名前() 皆さんとのご関係() 皆さんとの居住形態 □同居 □別居
1.	今回の受診された理由を教えてください。(複数回答可) □自分は患者さんが認知症ではないか心配している □自分は患者さんが認知症ではないかと疑い受診をすすめた □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.	患者さんをもの忘れ外来を受診させるにあたって一番お困りの症状をお書き下さい。具体的なエピソードを記載してくださると助かります。
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。どのように進んでいるか大体の日時を追って書いて下さると助かります。

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 年前に比べてもの忘れが増えたと感じる
	□同じことを何度も言う・問う・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できない
	口自分のいる場所がどこだかわからなくなることがある
	□食事したことをすぐに忘れる
	口さっき話し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。
	口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。
	□簡単な計算もできない
	□同居の家族の、名前や関係がわからない
	□薬の飲み間違いが多くなり、家族が注意する必要がある
	□些細なことで怒りっぽくなった
	□「なんか様子がおかしい」と周囲のひとも言っている
	□趣味や好きなテレビに興味をなくしている
	□ふさぎこんで、何をするのも嫌そうだ。以前と比べて活気がなくなった
	□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
	□財布・通帳などモノが盗まれたという
	□他人に危害を加えたりすると思い込む
4	B. 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
	□実際にはいない人に話しかける
	□反応が遅く、動作がもたもたしている
	□無表情、無感動の傾向がみられる
	□援助や介助に協力しなかったり抵抗したりする
	□相手の意見を聞かない
	□熱心に同じこと(徘徊、その他無意味な動作など)繰り返す
	□頻回に同じ食品や、同じメニューの料理を食べたがるようになった
	□いつも決まったコースを散歩したがる
	□同じ内容の話、同じ文章や単語を何度も繰り返ししゃべれるようになった
	□甘いもの、味付けの濃い料理を好むようになり大食いになった

□万引きするようになる	
□乱暴にののしることがある	
□暴力をふるう(殴る、蹴る、噛み付く、ひっかく、つばる □夜間あるいは早朝から起きだす	をはきかける)ようになる
□服を一人では正しく着られず、上着に足を通したりする	
4C. 患者さんについて次の4点についてもお答えください(
 患者さんの会話や思考の流れが、混乱してわからなかっことがたびたびありますか? 	ったり、論理的におかしいと感じる
□ある	
口ない	
2) 患者さんは、前の日の夜良く寝ているはずなのに、日中にしていることはありますか?	口よくうとうとしていたり眠たそう
□1日中、あるいは1日に何度かある	
□1日に1回あるかないか	
3) 患者さんは日中(夜7時前に)どのくらい昼寝をしまっ	むか.?
□2時間以上	, w·:
□ 2 時間未満	
	どち ロナナム ロ
4) 患者さんは一日のうちで長時間ボンヤリしていることだ	1000 x 9 11 · 1
口ある	
口ない	
[~~) と 4 の所用に由せなり 1 同じ上皮の所用でよ。由せなり	1
[ここから先の質問は患者さんと同じ内容の質問です。患者さん	がお答えできないとさにこ回答え
願いします。」	
今までに、患者さんがもの忘れについて検査や治療を受けられ	れたことがあれば、おわかりになる
範囲でご記入ください。	
5. ものわすれでこれまでどこかに受診したことが □ある [コない
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()	り月から
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,) 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	,
コロニー カスカー・オーロ エーロ・カンカー・コートロ・カン・フート・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン	

< >	からだのことをお聞	きします>									
	身長() 。) kg	利き手	口右	ī □左			
	かかりつけの病院				Ü	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		. — —			
	□ない □ある)					
8.	現在治療中または			行を	受けた病	気はありまっ	すから	?			
	□ない □ある										
8	8A.「ある」場合は?	欠の質問に	もお答	答え	ください	0					
	以下のうち、これ	までにかか	った	病気	はありま	ミすか?					
Ī	該当するもの全てに	☑をつけ、	年齢	と通	院した医	医療機関名、	現在	薬を飲ん	でいる	かどうだ	ζ,
2	をご記入ください。										
		年	齢			医療機関	튁		服	薬	
[]高血圧	()	歳	()	()	
[□脳血管障害(脳梗	塞、脳出血	., <	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 □		□ ∮	無						
	□糖尿病	(,	歳	()	()	
	□高脂血症(中性脂	肪・コレス			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	()	()	
	コアルコール依存症	(歳	()	()	
l	□てんかん	()	歳	()	()	
	上の病気の他に、大き	キ <i>ナ</i> ンルナが =	E 徐	7、17字	コキァレ	・があります	ታ/ ን ነ	なる担合)	计 一一字	コスノガ	ニナル
-	エの柄気の他に、人。 病名	- なりが、 - 何歳~何歳				. がめりより E療機関					
	()	() ~			,)	((N U A E	v C \ /)
	()	() ~	,	,		()	()
	()	() ~				()	()
	()		•		まで	()	()
	()				まで	()	()
9.	その他に飲んでいる	る薬や、外	用薬、	サ	プリメン	トがありま	したら	。 らお書き ⁻	下さい。		
											`
											,
10.	. お薬手帳があれば、	お知らせ	くださ	さい	0						
	口ある 口ない										

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()	
口ない	
<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 (
□週 □月に ()日程度飲む	
口いいえ	
□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?	
口はい	
□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?	
「ロいる (ご自分は兄弟 人中、上から 番目)	
口いない	
16. 出生時や成長の過程で何か問題がありましたか?	
ロない	
□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。	
20. これまで船舶歴を教えてくたさい。 □未婚	
□ □	
	
□離婚 (年 月に離婚)	

21.	お子さ	んはいらん	っしゃいますス	j_{j} ?					
]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	±11.	
			■				, , , , ,		
(-	·	2. H 194 C - 1/1/21	111 201	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	, , , , ,			
									J
	_								
23	$m \sigma \sim$	たがりのま	あるご家族で	「認知:	定しの方	·			
	皿の]いる		かるこ <i>家族</i>		_	^- 弟姉妹 □そ	の針	()
]いない			~ 🗆 ғ	ў Шуц,	713/1P/W L	V) [E		,
		組成の一	方で認知症以外	丸の前の	や心の病	ラの方けいら	2 1 2	かいますか?	
	ゑ <u>ル、</u>]いる(が	/T*V/J				している)	
) (20.0)		が			•		している)	
	、 いない[73-		(1967 C		
	_	組成のは	hに焼に ない ®	岩/字 (国	医血压症	梅昆虎 聡	太山	ガンなど) はありる	とおとから
	こ <i>条灰</i>]ある(L. (C.40 (C.20 A. A.)	/)	=1]	, 1767/00/17	+ +,	77 / A C) (A 0) 9 6	x e/0//-
] ない] ない					,			
	_	ありますね	ት › 						
	趣味が ある() - ·)			
	,)			
]ない ままの	デルル +ケ)ァ	-)\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	ユナフ	1. 田 2 4	の人てにロナ	~) J- ~	ーノ 43 4 1 、	
27.			ついて、当てに						
	□積極		□社交性						
			□優柔不断						
			口まじめ						
			□完璧主義						
		_	□短気		, .,			,—	
28.	ご自身	の性格が、	ここ数年で変	変わって	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	ハて、該当する	る内容は	こ夕をつ	けてください	\ 0		
	— 26 cπ.	D11. 🗆 4	野選り □は	ち 士 カラ	221.5	721.1			

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	口具存流転
②歩行:□自分で可能 □杖や介助があれば可能 □車椅子(介助:□	めり ロなし)
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	l l s. l. Halli
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	
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	0
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	

□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。	(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。
 □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 	□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
□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	□入浴サービス □訪問看護 □住宅改修 □緊急通報システム
 (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 	□福祉用具(例:ベッド、車椅子、歩行器、マットレスなど)
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	□その他(内容: □利用したことがない
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	
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	(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	ケアマネージャーの名前:
(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	ケアマネージャーの所属:
□申請を希望したい □申請を希望しない	ケアマネージャーの電話番号:
□申請を希望したい □申請を希望しない	
□申請を希望しない	(5)(1)で「いいえ」と答えた方に伺います。
· ···· - · · — ·	□申請を希望したい
□介護保険についてよくわからない。	□申請を希望しない
	□介護保険についてよくわからない。