



ものわすれ問診票(ご家族・介護者記入用)

稲城台病院

令和 年 月 日

受診者のお名前() 年齢 歳

身長 cm	体重 Kg	過去6か月の体重の変化にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少
----------	----------	---

*身長・体重はおおよそで構いませんので必ずご記入ください。

1) 本日、受診された理由をご記入ください。(あてはまる項目に○印をつけてください。複数可)

- () 認知症なのか心配だから。それはどなたのご心配ですか？()
- () 受診をすすめられた。それはどなたのすすめですか？()
- () 今の困りごとを相談したい。
- () 脳の検査をうけたい。
- () 認知症のお薬をのみたい。

2) ものわすれに気づいたのはいつ頃からですか？

そのきっかけになった出来事は何ですか？

いつ頃

出来事

3) 今一番お困りのことは何ですか？

4) どのような症状がありますか？(あてはまることに○印をつけてください)

- () すぐ前のことを忘れてしまったり、同じことを何度も言ったり聞いたりする
- () 日付や時間・季節などがわからない
- () 目的なく動き回る、外に出て帰れなくなる
- () 物をとられたり、自分に危害を加えようとしていると思ってしまうことが多い
- () 幻視・幻聴 (見えないものが見えたり、聞こえない音が聞こえる)
- () 妄想 (現実にはないことを現実のように信じる)
- () イライラして怒りっぽくなった
- () 不安が強い
- () 夜、眠れない
- () 昼と夜が逆転している
- () 外出や人との付き合いを嫌がるようになった
- () 表情が乏しくなり無関心になった、意欲が無くなった
- () 手や足のふるえがある、転びやすくなった、飲み込みが悪くなったなど身体的な変化

5) ものわすれでこれまでどこかの医療機関に受診したことがありますか？ (ある・ない)

医療機関名() 受診科(科)

通院・入院 (時期 : 年 月頃)

6) ものわすれ以外で現在、定期的に通院している医療機関はありますか？ (ある ・ ない)

医療機関名() 受診科(科)

7) これまでかかったことのある病気に○印をつけてください。

・交通事故 ・頭のけが ・脳血管障害(脳出血・脳梗塞) ・脳腫瘍 ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症
・肝臓病 ・甲状腺の病気 ・うつ病 ・アルコール依存症 ・その他()

8) 身体の状態についてお聞きします。当てはまるものにチェックをいれてください。

利き腕 右 左

麻痺 (あり ・ なし) ありの場合⇒ 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢

その他(部位)

筋力の低下 (あり ・ なし) 関節の動きが悪い (あり ・ なし) 関節の痛み(あり ・ なし)

手足が動かない、無意識に動く

床ずれがある (部位)

皮膚に酷い痒み、荒れ、膿んでいる部分がある(部位)

8) これまでの生活について教えてください。

生まれた場所() きょうだい(人中 番目 * 亡くなった方を含む)

最終学歴()を 卒業 中退

職歴()

結婚歴 なし あり(結婚 歳 / 離婚 歳 / 再婚 歳 / 死別 歳)

子ども なし あり(人)

9) 血のつながりのある親族で「認知症」の方はいますか？ (いる ・ いない)

いる場合そのご関係は？(父 ・ 母 ・ きょうだい ・ その他:)

10) 介護保険の申請はしていますか？ (している ・ していない)

介護保険の申請をしている場合のみお答えください。

要介護度は (・ 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)

担当ケアマネージャーは (事業所名:)

(担当者名:)

介護保険のサービスは利用していますか？

(・ デイサービス ・ 通所リハビリ ・ ショートステイ ・ 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ その他:)

● その他、気になることがございましたらご記入ください。

記入者のお名前()

受診者とのご関係()

ご家族の場合 (同居 ・ 別居)