

もの忘れ専門外来問診表（患者さんご本人へ）

受診される前に記載し、診察当日にご持参下さい。

記入日 20 年 月 日

お名前 年齢 歳 I D 受付番号

■身長（ ）cm ■体重（ ）kg

1. 物忘れはいつ頃から始まりましたか？

2. 物忘れは進行していますか？ □はい □いいえ

3. 現在の症状にあてはまるものに○をつけて下さい。

- () 人の名前がでてこなくなった
- () 物の名前がでてこなくなった
- () 計算の間違いが多くなった
- () 時間や場所の感覚が不確かになった
- () 置き忘れやしまい忘れがある
- () いつも降りる駅やバス停を乗り過ごすことがたびたびある
- () 慣れているところで道に迷った
- () 薬の飲み忘れが多くなった
- () 火の始末やガスの止め忘れがある
- () テレビドラマの内容が理解できなくなった
- () 以前あった興味や関心がうすれている
- () 悩みごとがある
- () あまりよく眠れない

4. 過去からの病気についてお聞かせ下さい。

該当するものに○をつけ、診断を受けた年齢を記入して下さい。

- ①高血圧（ 歳） ②糖尿病（ 歳） ③高脂血症（ 歳） ④心臓病（ 歳）
- ⑤肝臓病（ 歳） ⑥腎臓病（ 歳） ⑦脳梗塞（ 歳）
- ⑧脳出血（ 歳） ⑨気管支喘息（ 歳） ⑩緑内障（ 歳） ⑪前立腺肥大（ 歳）
- ⑫がん（部位： 年齢： 歳） ⑬歯周病（ 歳）義歯（一部・全部）
- ⑭その他（病名 年齢： 歳） かみ合わせ（良い・悪い）

5. これまでに手術を受けられたことはありますか？ □ある □ない

⇒あるにチェックされた方にお聞きします。手術を受けた時期と部位を記入して下さい。

6. 体内金属の埋め込みの有無についてお尋ねします。

心臓にペースメーカーやステントという金属を体内に埋め込んでいますか？ □ある □ない

その他体内に金属の埋め込みはありますか？ □ある（埋め込み部位： ） □ない

7. アレルギーはありますか？ □ある □ない

⇒あるにチェックされた方は、該当する項目に内容を記入して下さい。

- ・薬
- ・造影剤
- ・食べ物
- ・麻酔剤
- ・ラテックス（ゴム類）
- ・その他のアレルギー（例：鼻炎・蕁麻疹・金属・酒精綿・ハウスダストなど）

8. 現在、治療中の病気はありますか？ □ある □ない

⇒あるにチェックされた方は、病名と通院している病院名を記入して下さい。
(例：高血圧、糖尿病：〇〇クリニック)

9. 現在、服用されている薬はありますか？ □ある □ない

10. 患者さんのことについて教えて下さい。

- ① 学校を出てからの職業
- ② 結婚されていますか？ □はい（結婚された年： 年） □いいえ
- ③ ご両親はご健在ですか？ □はい □いいえ
- ④ ご兄弟、姉妹はご健在ですか？ □はい □いいえ
- ⑤ お子様はいらっしゃいますか？ □はい（何人いらっしゃいますか： 人） □いいえ

