

《もの忘れ専門外来問診表 ご家族の方へ》

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

ID 受付番号
患者さんのお名前 記入された方のお名前 関係
年齢 ()

1. 物忘れ等の変化に気づかれたのは、いつ頃ですか？

2. どのような事で気づかれましたか？

3. 物忘れは進行していますか？ ☐ はい (ゆっくり・急速に・階段状に) ☐ いいえ

4. 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
- () 人格が変わってしまった
- () 短気になった
- () 興奮することがある
- () 物を捕られたという訴えがある
- () 幻覚や妄想がある
- () 夜になると落ち着かなくなる
- () 徘徊したり外に出たがる
- () 尿・便の処理がうまくできない

その他気づいたことを何でもお書き下さい。(できるだけ具体的なことをお願いします)

5. 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) 嚥み合わせ (良い・悪い)

～裏面にも記載事項があります～

6. 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。

7. 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

8. 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

・麻酔剤

・造影剤

・ラテックス（ゴム類）

・食べ物

・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）

9. 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）

10. 現在、服用されている薬はありますか？ ☐ある ☐ない

11. 患者さんのことについて教えてください。

① 学校を出てからどんな職業につかれましたか？

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

12. ご家族のご連絡先を教えてください。

【第1連絡先】

お名前

患者様との関係

連絡先電話番号

（自宅 ・ 会社 ・ 携帯番号）

連絡先電話番号

（自宅 ・ 会社 ・ 携帯番号）

【第2連絡先】

お名前

患者様との関係

連絡先電話番号

（自宅 ・ 会社 ・ 携帯番号）

連絡先電話番号

（自宅 ・ 会社 ・ 携帯番号）