

もの忘れ 初回受診時用 問診票

東区認知症連携の会

(かかりつけ医 または もの忘れ外来 の受付に出してください)

患者様のご家族・関係者の方が、記載してください。

ver.1.2

受診される方のお名前 _____

記入者のお名前 _____ ご家族の場合: 患者さんとの関係 ()

関係者の方の場合: 包括・ ケアマネ・ 民生委員 その他 ()

記入者の方の連絡先 _____ 連絡先電話番号1 _____ (自宅・ 会社・ 携帯番号)

(ご家族の場合のみ記入) 連絡先電話番号2 _____ (自宅・ 会社・ 携帯番号)

1 もの忘れ等の変化に気づかれたのはいつ頃ですか? 平成 年 月頃

2 どのような事で気づかれましたか?

3 もの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 現在のおかしいと感じられた症状に○をつけてください

() 人の名前が出てこない

() 物の名前が出てこない

() 同じことを繰り返し話したり、聞いたりする

() 同じものを買ってくる

() 計算の間違いが多くなった

() 置き忘れや しまい忘れがある

() 時間や場所の感覚が不確か になった

() いつも降りる駅やバス停を乗り過ごすことがあった

() 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

() いつもの仕事や役割 (炊事・洗濯・室内や周りの掃除など) がうまく出来なくなった

() 火の始末 (鍋や やかんを こがす) 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 うすらいでいる

() 悩む様子や落ち込んだ様子がある

() 人柄が変わってしまった

() 短気になったり 興奮したりすることがある

() 以前より 疑い深くなった

() 「物を盗られた」という訴えがある

() 「見えないものが見える」、「聞こえない音が聞こえる」という

() 人がいないのに話かけている

() 夜になると落ち着かなくなる

() 症状が、時間や日によって変わる

5 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)

6 一番困っていることは何ですか?

7 現在薬の治療を受けている病気があれば教えてください (ある ない)

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳卒中 その他 ()