

もの忘れ外来問診票

返葉メモリークリニック

ご本人

名前

住所 〒

電話番号(本人) 自宅

携帯

記入する方

名前

ご本人さまと同居はしている していない

住所 〒

電話番号(同伴者) 自宅

携帯

1. 現在のお困りの症状について教えてください。(例:物忘れが多い、怒りっぽくなった、元気がない)

・また、それはいつごろからどのように始まりましたか？

症状が始まった時期 :年 月 日(歳)頃 [突然起こった ・ だんだん起こってきた]

・上記の症状で他の医療機関にかかったことがありますか。 ない ・ ある

[]歳～[]歳 (医療機関名:)

[]歳～[]歳 (医療機関名:)

2. 本日、受診された理由にをつけてください。(複数回答可)

認知症の診断を受けたい 認知症の診断だけでなく、治療も受けたい

介護認定を受けたい 社会福祉サービスについてのアドバイスを受けたい

転院希望 セカンドオピニオン希望 MCI プラス検査の結果を相談したい

その他 ()

3. 当てはまる項目にをつけてください。(うつと不眠だけの方は、質問をとばしていただいて大丈夫です)

身だしなみを構わなくなった 物を盗まれたという 些細なことで怒りっぽくなる

落ち込みがある 趣味やテレビに興味を示さなくなった

同じことを何度も言う、する 日にちなどが分からなくなる 慣れた道に迷う

薬の飲み間違いが多い 計算、運転などミスが多くなった しまい忘れが増え、いつも探し物をする

風邪薬などでも効きすぎて眠たくなる

そこにないはずのものが見える 誰もいないのに人がいるような気がする

寝ている際に中に叫ぶ、暴れるなどする。 寝言が多い 日中に1時間以上昼寝してしまう

急に気を失ったようにぼんやりしていることがある 食事中むせる 趣味もないほどまじめである

万引きや無銭飲食をしたことがある 人の食事を勝手にとる

食べ過ぎたり、妙なものを口に入れる、極端に甘いもの食べるなどするようになった。

突然スイッチが入ったように怒るかと思えば、ケロツとしたりするようになった。

家族のあとをついて回る、またはひとりにされると怒り出す

4. もの忘れ以外に当てはまる症状にをつけてください(もの忘れだけの方は、質問をとばしていただいて大丈夫です)

・うつの症状

気持ちが落ち込む 涙もろくなった 死にたいと思ってしまう 罪悪感が続いている

仕事や家事をやる気がでない 朝起きるのがつらい 体がだるい 疲れやすい
集中力がなくなり、ミスが多くなった 考えがまとまらない ソワソワして落ち着かない
症状に気付いたのはいつごろからですか？そのきっかけになった出来事があれば、おしえてください。

年 月 日頃から

きっかけ ()

・不安の症状

身体が症状がまた出てこないかと、不安が続いて煩わされている
具体的な思い当たりのない、漠然とした不安感が続いている 気持ちが焦りやすい
胸がドキドキする 息苦しくなる 手足が震える 手足がしびれる 舌がうまく回らない
人前に出たり、発表するのが苦手で緊張が強い
戸締りや火の元が気になって、何度も確認する
事故にあった、いじめにあったなどの経験があり、思い出すと感情のコントロールが難しくなる
症状に気付いたのはいつごろからですか？そのきっかけになった出来事があれば、おしえてください。

年 月 日頃から

きっかけ ()

・その他のこころの症状

気分がむらがあり、カッとなりやすい
食欲と睡眠にムラがあり、不規則になっている
何かにせかされているような焦りを感じる
周りがきちんと動いてくれなくて、イライラすることがある
羽目を外してしまったり、お金のお無駄遣いの指摘がある。
自分だけのけ者にされている気がする わざといじわるをされる気がする
いろんな考えが頭に浮かんで、まとまらない気がする
誰かに見られている、聞かれている、噂されている感じにとらわれている 周囲が変わった気がする
自分の考えを他人に読み取られている気がする
いないはずの人の声や物音に悩まされている
自分には見えているのに、周囲の人には見えないと否定されてしまう
独り言やひとり笑いがある
掃除や片づけは昔から苦手な方である
長時間待ったり、じっと静かにしていることが昔から苦手、ソワソワしてしまう
空気を読むのが苦手な方である
いったん自分が決めたことを否定されるのは我慢できない

症状に気付いたのはいつごろからですか？そのきっかけになった出来事があれば、おしえてください。

年 月 日頃から

きっかけ ()

・身体の症状

痛み … あたま のど 胸 おなか 背中・腰
発熱 … 特になし ある ()℃くらい
体重の変化 … 特になし 減っている 増えている ()ヶ月で()kgくらい
倦怠感 食欲の低下 吐き気～嘔吐 下痢 便秘
動悸 喉のつかえ 手足のしびれ 息苦しさ 胸の違和感
めまい・ふらつき 気を失う ひきつけ むくみ

症状に気付いたのはいつごろからですか？そのきっかけになった出来事があれば、おしえてください。

年 月 日頃から

きっかけ ()

5. 体調や生活習慣、嗜好品についておしえてください。

食欲: いつも以上・いつもどおり・あまりない・ない

睡眠: 眠れている・あまり眠れない・眠れない 約 時間 (時 ~ 時頃) ・一定ではない

運動： しない ・ する（約 回／週・月）
便通： 1 週間に 回程度 便秘気味 ・ ふつう ・ 下痢気味
飲酒： 飲まない 飲む 回数： 日/週 種類・量：
喫煙： 吸わない 吸う（ 本/日 ×年間）

6. 介護保険の申請状況、ご利用中のサービスについて をつけてください。担当ケアマネージャーについても教えてください。

・申請： なし あり… 要支援() 要介護() なし 申請中
・利用サービス： なし あり

通所介護(デイサービス) 通所リハビリ(デイケア) 訪問介護(ホームヘルプ) 訪問看護
 訪問リハビリ 訪問入浴 短期入所介護(ショートステイ) その他()

・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： 所属： 電話番号：

7. ご持参いただいた書類について教えてください

なし あり… 紹介状 お薬手帳 その他 ()

8. お薬・食べ物のアレルギーについて教えてください

なし あり ()

9. 現在治療中のお病気をおしえてください

なし あり… 高血圧症 高脂血症 糖尿病 心不全 不整脈 喘息 肝機能障害
 うつ病 パニック障害 パーキンソン病 その他 ()

病名	期間	通院している病院の名前	服用中のお薬・サプリメント
	年 月～		
	年 月～		
	年 月～		
	年 月～		

10. これまでにかかったお病気を教えてください

なし あり… 高血圧症 高脂血症 糖尿病 心不全 不整脈 喘息 肝機能障害
 うつ病 パニック障害 パーキンソン病 その他 ()

病名	期間	通院していた病院の名前
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

11. 上記の病気の他に、ケガ・病気などで入院を要した手術をご記入ください。

病名	期間	通院していた病院の名前	手術
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		

12. いままでの人生や傾向、お仕事やご家族について教えてください

・あなたはどこで生まれ育ちましたか？

生まれたところ () 育ったところ ()

・以前からの傾向で、あてはまるものがあれば教えてください

うっかり書き間違いや自動車をこするなどしやすい (はい・すこし・いいえ)

興味ない話題が頭に入らない。理解できず性に合わない作業でミスが目立つ (はい・すこし・いいえ)

昔から整理整頓できない、宿題は後回し。物を捨てられない (はい・すこし・いいえ)
 人と会う約束や診察の予約を忘れる、診察券や保険証、カギを見失う (はい・すこし・いいえ)
 衝動買いする (はい・すこし・いいえ)
 しゃべりすぎ、話に割り込む。質問が終わる前に答える (はい・すこし・いいえ)
 こだわりが強く、周囲の意見に反する。友達が少ない。 (はい・すこし・いいえ)
 昔から怒りっぽい、または怒りっぽいといわれる (はい・すこし・いいえ)
 比較的成績が良かった、または何か才能がある (はい・すこし・いいえ)

・どんな学校へ行きましたか？

最終学歴： 尋常小学校 小学校 中学校 高等学校 専門学校 大学 大学院
 上記を 卒業 中退

・どんな仕事につきましたか？

主な職歴（営業、製造業、専業主婦など） 就労期間
 歳～ 歳まで
 歳～ 歳まで
 歳～ 歳まで

・ごきょうだいを上から順にご記入ください。ご健在のきょうだいに○をつけてください。
 (記入例：兄・姉・本人・妹・弟)

(ご本人は 人きょうだいの 番目)

・ご結婚されている場合は、ご家族について教えてください

続柄	ご年齢	同居の有無	健康状態
夫／妻	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去
子(第1子)	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去
子(第2子)	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去
子(第3子)	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去
子(第4子)	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去

・血縁の家族の中に、認知症の方、脳血管の病気の方、精神科にかかれた方はいませんでしたか？

続柄	認知症・脳血管の病気・又は精神科の病気
父	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
母	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
兄弟	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
兄弟	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
姉妹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
姉妹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
第1子	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
第2子	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
第3子	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：
第4子	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名：

12. 現在の生活についておしえてください

・自動車・オートバイなどの運転をしていますか？ している ・ していない
 ・頼りになる人について、 をつけてください
夫 妻 子 兄弟姉妹 その他()

◆ご記入ありがとうございました。受付にお渡しく下さい