

物忘れ外来問診表

お手数ですが、診療をスムーズに行うために以下のアンケートにお答えください

患者氏名 _____ 記入者 _____ (続柄 _____)

●いつごろから物忘れに気がつかれましたか？ ()年前・ヶ月前 (才ごろ)

●どのような症状で気がつかれましたか？ (例:子供や孫の名前を間違えるようになった)

●車は運転されますか？

(する ・ しない ・ 自主的にやめた ・ 周囲がやめさせた)

●ご家族のなかに認知症や神経の病気の方はみえますか？

●ここ数か月のうちに頭を打つようなことはなかったですか？

(あった (月 日頃) ・ なかった ・ わからない)

●急に元気がなくなったり、食事量が減ったり、眠れなくなったりしていませんか？

(ある ・ なし)

●物忘れ以外に何か気になる症状はありますか？

●ご家族のかたへ質問です

・本人に物忘れの自覚がありますか？（ある・なし）

・今、患者様は誰とお住まいですか？

（一人暮らし・配偶者と二人暮らし・家族（ ））

※誰と住んでいるか具体的に教えて下さい

・以下の症状であてはまるものがあれば○をつけてください。

（ ）昼と夜の生活が逆転してしまっている

（ ）勝手に外出して迷子になったことがある

（ ）すすんで外出しなくなった

（ ）お金をとられたと勘違いしたことがある

（ ）食事を食べたかわからなくなった

（ ）孫や子供の名前がわからなくなった

（ ）簡単な計算ができなくなった

（ ）着替えや身の回りのことが一人でできなくなった

（ ）処方された薬の飲み忘れが多くなった

（ ）さっき話したばかりのことを繰り返して言うようになった

（ ）車の事故をおこした

（ ）頭痛や不眠でよく薬を飲んでいった

（ ）排尿、排便を失敗するようになった

●見たり、聞いたりしないで書いてください。

(分からないところは空欄にしておいてください)

ご自身の名前

ご主人又は奥様の名前:

住所:

生年月日:

生まれた県はどこですか? :

お子さんは何人ですか? ()人 ・ いない

何の仕事をしていましたか? :

今日は何月何日何曜日ですか?

月 日 曜日

今年の干支はなんですか? :

今の総理大臣は誰ですか? :

診療申込書

初診・再診 NO.

年 月 日

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所	〒
電話	()
携帯電話	

緊急連絡先	氏名 (続柄:) TEL ()
-------	-------------------