

もの忘れ外来問診票

*介護者の方が記載してください

氏名 _____ 性別 (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg 利き手 (右・左) お住まい (独居・同居・施設)

主治医 (かかりつけ医) _____ 先生 (_____ 医院、病院)

【1】 今一番お困りのことは何ですか？

【2】 いつからどのように具合が悪くなりましたか？

【3】 どのような症状がありますか？ (該当するものに○をつけてください)

- ・日付を間違える() ・物忘れ() ・しまい忘れ()
- ・同じ事を何度も尋ねる() ・夜間不穏になる() ・意思の疎通がはかれない()
- ・意欲の低下() ・徘徊() ・不潔行為()
- ・介護への抵抗() ・服をうまく着られない() ・一人で風呂に入れない()
- ・トイレの後始末ができない() ・良いときと悪いときの差が激しい()
- ・動作が鈍い() ・日中によく居眠りをする()
- ・根も葉もない考えにとられる() ・見えるはずの無いものが見える()

【4】 今までどのような病気にかかりましたか？

高血圧()、糖尿病()、高脂血症()、不整脈()、その他 _____

【5】 今どんな薬を飲んでいますか？

【6】 嗜好と生活習慣

タバコ()本/日 飲酒() 趣味()

【7】 介護保険 (要介護度を○で囲んでください。申請されていない方は記入不要です)

要介護度：要支援 (1、2)、要介護 (1、2、3、4、5)

利用中のサービス：デイサービス()、デイケア()、訪問看護()

ショートステイ()、ホームヘルパー()、その他 _____

【8】 介護はどなたがされていますか？

配偶者()、嫁()、息子()、娘()、兄弟姉妹()、孫()、親()

【9】 連絡先：氏名 _____ (続柄： _____) ☎ _____ (_____)

氏名 _____ (続柄： _____) ☎ _____ (_____)

【10】 病名の告知を希望されますか？

- ・家族と一緒に告知を希望() ・本人への告知を希望しない() ・その他()

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者 _____

ご協力ありがとうございました。