

# 三宿病院もの忘れ外来 問診票

## ※確認事項

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- ・メガネ・補聴器をお持ちの方は、当日忘れずにお持ちください。診察上必要になる場合がございます。
- ・お薬手帳をお持ちの方は、ご持参の上、問診票とともに診察時にご提出ください。
- ・体調を考慮しまして、飲み物や羽織もの等必要でしたらご持参ください。
- ・ご記入の際は、患者さん本人と一緒にご記入ください。

### 【以下、患者さんに関する情報について】

フリガナ： \_\_\_\_\_ 診察券番号： \_\_\_\_\_

患者さんの名前： \_\_\_\_\_ 様 性別： 1.男性 ・ 2.女性

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

利き手 1.右 ・ 2.左 ・ 3.両方 生まれた所： \_\_\_\_\_ 都・道・府・県

1. 最終学歴：中退を含め、卒業した項目全てに☑を入れてください。記載されている順番は不等です。

(中退の場合には、備考欄に詳細を記載してください 例：大学3年まで)

小学校      中学校      高校      専門学校      大学

大学院(修士/博士) (教育年数： \_\_\_\_\_ 年) (備考欄： \_\_\_\_\_)

2. 職歴：一番長く働いていた仕事 ( \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳) で ( \_\_\_\_\_ の仕事)

最後に働いていた仕事 ( \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳) で ( \_\_\_\_\_ の仕事)

3. 患者さんにお子さんは何人いらっしゃいますか。

( \_\_\_\_\_ 人) (詳細： \_\_\_\_\_)

※亡くなられた方も含む 例：長男(S25生)・死別 / 長女(S27生)

4. 患者さんの性格 ( \_\_\_\_\_)

5. 患者さんの趣味・特技 ( \_\_\_\_\_)

6. 現在自動車・バイクなど運転をしていますか。 している やめた ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ) していない

7. 今回、受診を希望されているのはどなたですか。

本人    家族 ( \_\_\_\_\_)    その他 ( \_\_\_\_\_)

8. 今回、受診の目的はどれですか。該当する項目に☑を入れてください (複数回答可)

認知症の診断      認知症状の治療      お薬の相談

介護に関する相談      その他 ( \_\_\_\_\_)

9. 当院をお知りになったきっかけは何ですか（複数回答可）。

- 他医療機関からの紹介（病院名：\_\_\_\_\_診療科：\_\_\_\_\_）
- ケアマネージャー                      地域包括支援センター                      介護施設
- テレビ・ラジオ                              新聞・雑誌・書籍                              当院ホームページ
- PC・スマホ等インターネット              知人・友人から教えてもらった      その他（\_\_\_\_\_）

10. 患者さんは同居されているご家族はいますか？

- いない      いる 同居家族人数（本人含めて）（\_\_\_\_\_）人  
（詳細：\_\_\_\_\_）

※続柄（生年） 例：妻(S8)・長男(S30)・長男嫁(S33)

11. 飲酒（ビール・焼酎・日本酒・ワイン等）していますか。

- なし                      過去に飲んでいて1日約（\_\_\_\_\_）ml・杯で（\_\_\_\_\_）歳～（\_\_\_\_\_）歳
- 週に（\_\_\_\_\_）回
- 毎日

・「週に〇〇回」または、「毎日」と回答された方は、詳細を下記に記載してください。

- お酒の種類（\_\_\_\_\_）1日の量（\_\_\_\_\_）ml ・ 杯  
お酒の種類（\_\_\_\_\_）1日の量（\_\_\_\_\_）ml ・ 杯

12. 喫煙（電子タバコ・IQOS 等含む）していますか。

- 吸わない                      過去に吸っていた1日（\_\_\_\_\_）本で（\_\_\_\_\_）歳～（\_\_\_\_\_）歳
- 今も吸っている1日（\_\_\_\_\_）本で（\_\_\_\_\_）歳～

13. 薬や食べ物でアレルギーはありますか ない ある（\_\_\_\_\_）

※例：薬（飲み薬、貼り薬、目薬、造影剤、予防接種など）食べ物（卵・牛乳・小麦・魚類・そば・甲殻類・貝類・果物・ナッツ類・大豆など）

・その他（花粉・ハウスダストなど） ない ある（\_\_\_\_\_）

14. 介護認定は受けていますか。

- いいえ      はい→ 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）

17. 介護サービスを利用していますか。 いいえ                      はい

- 利用しているサービス内容：（\_\_\_\_\_）回数：（\_\_\_\_\_）週 / 月
- 利用しているサービス内容：（\_\_\_\_\_）回数：（\_\_\_\_\_）週 / 月
- 利用しているサービス内容：（\_\_\_\_\_）回数：（\_\_\_\_\_）週 / 月

18. 診察を円滑に行うため、普段の生活で、患者さんの気になる状態に当てはまる項目に☑☒を入れてください。ご記入の際は、患者さん本人と一緒にご記入ください。

- 以前より、同じことを言ったり、聞いたりすることが増えた
- 5分前に聞いた話、出来事を思い出せないことが増えた
- 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることが増えた
- 薬の飲み忘れることが増えた
- お金や通帳をとられた、と言うことがある
- 今日が何月何日かわからない時がある
- 自分のいる場所がどこかわからなくなることがある
- 慣れているはずの場所で、迷子になることがある
- 1人でバスや電車を、利用できないことが増えた
- 以前できたことが、できなくなった(リモコンやスマホ操作、家事など)
- 以前より身だしなみ(髭剃り、整髪、歯磨き、洗顔も含む)を気にしない
- 生活リズムに乱れがある(夜寝るのが遅くなった、お昼寝が増えた)
- 決まった時間に、決まった行動をしないと気が済まない(又は、どちらか)
- 些細なことで怒りっぽくなった(性格が変わったと感じる)
- 声を荒げたり、つい手が出てしまうことがある
- 睡眠時に(寝ぼける、夜中に大声を出す、歩き回る等)異常な行動がある
- いないはずの人の気配を感じる、あるいは見えると訴える
- 実際には無い、音を聞いたと訴える
- 体を動かすににくい、手足が震える、歩きづらい
- 転倒することが増えた
- 以前と比べて、歩き方が変わった
- 手助け・サポートへの抵抗感や拒否感がある
- 会話の中で言葉や単語が出てこない
- 自分の生年月日がわからない時がある
- 趣味や日課であったことをしなくなり、意欲や興味がなくなった
- ここ最近(1-2カ月の間)気分が落ち込んだり、憂うつな気分だ
- ここ最近(1-2カ月の間)何をしても楽しくないと感じる

・これらに関する状態は、いつ頃からありましたか。

- 3ヶ月より前    半年前    1年前    2-3年前    それ以上(\_\_\_\_\_)
- 突然起こった    だんだん症状が目立つようになった

・もの忘れによる生活への支障はどの程度ありますか。 ある    少しある    今のところはない

19. 患者さんの現在の状態にチェックをつけてください。

耳が聞こえにくい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> いいえ
目が見えにくい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> いいえ
味がわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> いいえ
ニオイがわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> いいえ
話しづらい、ろれつが回りにくい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> いいえ

20. 患者さんの既往歴

高血圧症	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
糖尿病	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
脂質異常症	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
腎臓病	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
脳卒中 (脳梗塞、くも膜下出血など)	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
神経変性疾患 (認知症、パーキンソンなど)	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
心臓病 (狭心症、心筋梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
うつ病・うつ状態	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
その他の精神疾患	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
がん	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ
遺伝性疾患	<input type="checkbox"/> はい ( _____ で _____ ) 歳頃	<input type="checkbox"/> いいえ

21. 家族歴

患者さんから見て、血縁関係のある両親や兄弟に以下の疾患がありますか。

「はい」に (例、母：乳がん 父：血友病) なければ「いいえ」にチェックを入れてください。

神経変性疾患 (認知症、パーキンソンなど)	<input type="checkbox"/> はい ( _____ )	<input type="checkbox"/> いいえ
うつ病・うつ状態	<input type="checkbox"/> はい ( _____ )	<input type="checkbox"/> いいえ
その他の精神疾患	<input type="checkbox"/> はい ( _____ )	<input type="checkbox"/> いいえ
がん	<input type="checkbox"/> はい ( _____ )	<input type="checkbox"/> いいえ

ご記入していただき、ありがとうございました。