

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。