

もの忘れ外来 予診票

一人で来られた方は患者様本人が、御家族と来られた方は御家族が記入して下さい。

患者様の御名前		年齢	
同伴者の御名前	続柄()	緊急連絡先 (自宅・携帯)	

以下、患者様についてうかがいます。あてはまる項目に○を入れるか、あるいは記入をお願いします。

体重 _____ kg 身長 _____ cm 新型コロナウイルスワクチン最終接種日 _____ 月ごろ

1 現在、誰と一緒に生活していますか？

- ① 家族と一緒に 配偶者 息子 娘 その他() ② 一人で生活している
- ③ 施設に入所中 施設名: _____

2 介護保険の認定を受けていますか？

- ① 受けている 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中

* 利用しているサービス

※事業所名: _____ 担当者名: _____

- ② 申請していない ③ 今後申請予定

3 運転免許を持っていますか？

- ① はい 現在も運転している 運転していない 返納予定 ② いいえ

4 受診のきっかけはなんですか？

- ① 本人・家族の希望 ② かかりつけ医のすすめ ③ ケアマネジャーのすすめ
- ④ 行政(保健センター・警察など)のすすめ ⑤ その他()

5 主な症状はなんですか？

① 物忘れ	具体的に	
② その他	具体的に	

6 最初の症状はいつから始まりましたか？

(週間 カ月 年) 前から始まった

7 最近おこったことで、困ったことはなんですか？

患者様の今までの病気や今かかっている病気についてお尋ねします。

8 今までの精神科・神経科・心療内科等の受診について

- ① 物忘れで受診したことがある
- | | | | |
|-----|--|--|--|
| 病院名 | | | |
|-----|--|--|--|
- ② 物忘れ以外で受診したことがある
- | | | |
|-----|--|-----|
| 病院名 | | 症状等 |
|-----|--|-----|
- * 何歳ごろから何年位かかっていましたか？
- | | | | |
|--|-----|--|------|
| | 歳から | | 年間受診 |
|--|-----|--|------|
- ③ 今まで受診したことはない

9 心臓にペースメーカーを入れたり、手術で体の中に金属を入れたりしたことがありますか？

- ① ある
- | | |
|-----------|-----------|
| ア ペースメーカー | イ 脳動脈クリップ |
| ウ 金属 | |
- | | | | |
|----|--|----|--|
| 部位 | | 理由 | |
|----|--|----|--|
- ② ない

10 薬をのんだ後や注射を受けた後、じんま疹が出たり、呼吸困難になったことがありますか？

- ① ある
- | | |
|-----|--|
| 薬品名 | |
|-----|--|
- ② ない

11 今までに以下の病気と言われたことはありますか？当てはまるものを○で囲んでください

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 脳梗塞 ・ 心不全 ・ 不整脈 ・ 気管支喘息 ・ 肺気腫	
緑内障 ・ 腎機能障害 ・ てんかん(けいれん) ・ その他()	
現在、通院中の 医療機関名	

12 今まで手術や特別な治療（放射線治療等）を受けたことがありますか？

- ① ある
- | | | | |
|-------|--|-------|--|
| 手術・処置 | | 医療機関名 | |
| 手術・処置 | | 医療機関名 | |
- ② ない

13 今、患者様がのんでいる薬はありますか？

- ① ある
- | | | | |
|-----|--|-------|--|
| 薬品名 | | 医療機関名 | |
| 薬品名 | | 医療機関名 | |
| 薬品名 | | 医療機関名 | |
- ② あるが今は分からない【できましたら、次回までにお薬手帳の持参をお願いします】
- ③ ない

患者様の生活習慣などについてうかがいます。

14 最後に出た学校を教えてください。

	学校	卒業 中退
--	----	----------

15 主にしていた職業あるいは仕事を教えてください。

--

16 現在、仕事をしていますか？

- ① はい →以前と同じように仕事を続けることができますか？ ア はい イ いいえ
② いいえ

17 お酒を飲みますか？

- ① 現在も飲んでいる 飲酒量は？
② 以前は飲んでいたが最近は飲んでいない 飲酒量は？
③ 元々飲まない

種類		一日平均	
種類		一日平均	

18 タバコを吸いますか？

- ① 吸っている 一日 本くらい
② 吸っていたが禁煙した いつから？ 歳から 以前は1日 本くらい
③ 元々吸わない

19 以下の症状が当てはまりますか？

- ① 転倒しやすい ア はい イ いいえ ()
② 立ちくらみがよくおこる ア はい イ いいえ ()
③ 食事の時によくむせる ア はい イ いいえ ()
④ 食物の好みが変わった (同じものばかり食べるなど) ア はい イ いいえ ()
⑤ 他の人には見えないものが見える (虫がはっている、人が入ってくるなど) ア はい イ いいえ ()
⑥ 睡眠中に大声を出したり、あばれたりする また、寝ぼけがひどく、混乱することがある ア はい イ いいえ ()
⑦ 尿意を感じにくく、失禁することがある ア はい イ いいえ ()

20 患者様は家の外での活動（趣味・スポーツ・町内会等）に参加していますか？

- ① 一人で参加している 活動内容
② 参加しているが家族が付添う、送り迎えをする必要がある 活動内容
③ 参加できない

21 患者様は家の中で自分が担当する仕事（炊事・畑仕事、洗濯物の取り込み等）がありますか？

- ① ある 内容 ② ない

22 質問20、21 でたずねた患者様の活動の様子は以前とくらべて変化していますか？

- ① 以前と大きく変わらない ②以前出来たことが出来なくなっている

23 血縁にもの忘れのある方や認知症の方はいますか？

- ① はい 続柄: ② いいえ