

もの忘れ外来問診票

患者名 _____

受診日 平成 年 月 日

記入者名 _____ (続柄)

○現在、治療を受けている病気はありますか？あれば○をつけてください。または記入をお願いします。

ない

ある (高血圧、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症
脳梗塞、脳出血、心筋梗塞・狭心症
その他：())

○現在、薬は飲んでいますか？

ない

ある ()

○過去にかかった病気や頭部外傷があれば記入をお願いします。

()

○ご家族、血族の方で物忘れのある方はいますか。

いない、 いる ()

○今までに薬剤(のみ薬、注射、造影剤)で湿疹、ぜんそくなどのアレルギー症状がみられたことはありますか？

ない、 ある ()

○現在のお体の状態について記入をお願いします。

食欲：ある・ない。 睡眠：よい・ふつう・よくない。 便通：毎日・日に 回。

たばこ： 本/日。 アルコール： /日。身長 cm、体重 kg。

○思い当たる症状があれば○をつけてください。○をつけた症状はいつからありましたでしょうか。

- () 同じことを何回も話したり、尋ねたりする。 いつから→ 《 》
- () 置き忘れやしまい忘れがある。 《 》
- () 最近のことを忘れるようになった。 《 》
- () 服装などの身の回りに無頓着になった。几帳面さが減った。 《 》
- () 興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などをやらなくなった。 《 》
- () 水道栓やドアを閉じ忘れたり、後片付けがきちんとできなくなった。 《 》
- () 以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった。 《 》
- () 道に迷うことがあった。 《 》
- () 薬をのみ間違えたり、のんだことを忘れることがあった。 《 》
- () 複雑な話を理解できなくなった。つじつまの合わないことをいった。 《 》
- () 前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった。 《 》
- () 大切なものを盗まれたと言う。 《 》
- () 見えないものが見えるという、または聞こえない音が聞こえるという。 《 》
- () 呂律が回らなくなった。 《 》
- () 動作がゆっくりになった、または歩きにくくなった。 《 》

○ほかに気になる症状があれば、または以前できていたができなくなったことがあればご記入ください。

()