

横浜東邦病院ものわすれ外来初診問診表

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日	年齢	歳

○介護度

- () 申請無し
- () 要支援 1 ・ 2
- () 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

○病歴・生活歴について

年齢	疾患名	医療機関名	(現在も治療中) 受診の医療機関
歳			
歳			
歳			
歳			
歳			

○お薬(現在服薬中の薬剤名を記入、または「お薬手帳」をご持参下さい)

○喫煙 有 ・ 無
 開始年齢 歳
 喫煙数量 本／日

○飲酒 有 ・ 無
 開始年齢 歳
 頻度 毎日 ・ 週 回
 種類
 量

今回受診について

受診を勧めたのは誰ですか？

- a. ご本人 ②の問診表へ
- b. ご家族 ③の問診表へ

ご本人からの受診の方にお聞きます。

・受診された理由は何ですか？（あてはまるものすべてに○をつけて下さい。）

- a. もの忘れがあるのかどうか心配
- b. 以前はなかったもの忘れが最近始まった
- c. もの忘れが以前からあったが、最近ひどくなってきた
- d. かかりつけ医から受診を勧められた
- e. その他()

・あなたは本日、何が1番困って来院しましたか？

できるだけ具体的に記載してください。例・・・半年くらい前から人の名前が
すぐに出てこなくなった。最近、人からもの忘れを指摘された。など・・・

ご家族からの受診の方にお聞きします。

・ご家族からみて受診に至った動機は次のどれになりますか？（あてはまるものすべてに○をつけて下さい。）

- 以前はなかったものの忘れが最近始まった
- ものの忘れが以前からあったが、最近ひどくなってきた
- ものの忘れに加えて、妄想、幻覚など、以前にはなかった症状がはじまった
- かかりつけ医から受診を勧められた
- 介護保険の書類を作成したい
- その他（

・以下の症状がご本人にありますか？（当てはまる場合は「はい」に当てはまらない場合は「いいえ」に○をつけて下さい。

(はいの場合いつ頃から ↓)

- | | |
|---------------------|-----------|
| 物の置忘れやしまい忘れが多くなった | はい・いいえ() |
| 同じことを何度も聞くようになった | はい・いいえ() |
| 火の不始末がある | はい・いいえ() |
| 外出しなくなり、人との付き合いをさける | はい・いいえ() |
| しゃべらなくなった | はい・いいえ() |
| 話を理解してないようだ | はい・いいえ() |
| 家でじっとして何もしなくなった | はい・いいえ() |
| 人の言うことを聞かなくなった | はい・いいえ() |
| うまく歩けなくなった | はい・いいえ() |
| 外出すると迷子になる | はい・いいえ() |
| 人の名前や物の名前が出てこない | はい・いいえ() |
| 物を人に盗まれたと言う | はい・いいえ() |
| 夕方や夜になると人が変わったようだ | はい・いいえ() |
| シャツやズボンが自分で着られない | はい・いいえ() |
| おもらしをする | はい・いいえ() |
| 家族の顔がわからない | はい・いいえ() |