

# 問 診 票

年 月 日

受診される方について、ご家族や身近な方がご回答ください。  
ご不明な箇所は空欄のままにしておいてください。

ご本人のお名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)

① 今回、もの忘れ外来を予約されたきっかけは何ですか？

- 主治医の勧め  病院ホームページ  家族、知人  いきいき支援センター  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

② 現在、どのような症状がございますか。該当するものにチェックを入れてください。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く・話す・する    | <input type="checkbox"/> ガスや水道の止め忘れがある   |
| <input type="checkbox"/> 置忘れが増え、いつも探し物をしている  | <input type="checkbox"/> 慣れた道でも迷うことがある   |
| <input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わない         | <input type="checkbox"/> 夜寝ないでごそごそしている   |
| <input type="checkbox"/> 自宅にいながら「家に帰る」という    | <input type="checkbox"/> 歩き回りじっとしていない    |
| <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる      | <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる   |
| <input type="checkbox"/> 最近怒りっぽく、忠告や介助に抵抗する  | <input type="checkbox"/> 財布・通帳などを盗まれたと言う |
| <input type="checkbox"/> 実際にはいないのに、人などがいると言う | <input type="checkbox"/> 排泄の始末ができなくなった   |
- 上記の症状はいつごろからありますか？

③ 次のことが理解できていますか？ (できないものにチェックしてください)

- 今日の日いち  自分の年齢  自分がいる場所  親しい人の顔

④ 日常生活でできなくなったことはありますか？ (できないものにチェックしてください)

- 食事  歩行  排泄  身支度  入浴  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑤ これまでに大きな病気や怪我、手術や入院の経験がありますか？  ある  ない

→ 「ある」とお答えの方は、その時期 (年齢) と病名をご記入ください。

⑥ かかりつけの病院、診療所はありますか？  ある  ない

→ 「ある」とお答えの方は病院名、診療所名をご記入ください。

⑦ 介護保険の利用： { 有 (区分：要支援 \_\_\_\_\_、要介護 \_\_\_\_\_) 無 }

担当ケアマネージャー： ( 有 無 )

利用中の介護サービス：  デイサービス \_\_\_\_\_ 回/週、 訪問看護 \_\_\_\_\_ 回/週

訪問介護 \_\_\_\_\_ 回/週、 ショートステイ \_\_\_\_\_ 回/週

その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入者のお名前 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

ご回答ありがとうございました