

もの忘れ外来 問診票

記入日 年 月 日

受診者 氏名	性別 男・女
記入者 氏名	(続柄)

1. 最も気になっている症状を教えてください。

2. その症状はいつ頃から見られるようになりましたか？

3. どのように経過していますか？

- だんだん目立つようになってきている
- 変わらず続いている
- 症状が強い時と調子がいい時の差が大きい

4. 当てはまるすべての項目にチェックをしてください。

- 記憶力の低下（同じことを聞く、物を置いた場所を思い出せない、など）
- 今までできていた仕事や家事ができない
- 慣れた場所で道に迷う
- 意欲の低下、活動の減少がみられる
- 気分の落ち込みがある
- 怒りっぽい
- 必要以上に同じ行動を繰り返す（同じものばかり食べる、同じ場所を歩く、など）
- 一般的な単語を思い出せない、理解できない
- 言葉がスムーズに話せない
- 手足の麻痺（力が十分に入らない）がある
- すくみ足（足を前に出しにくい、歩き出しにくい）がみられる
- 手の震えがある
- 幻覚（ないものが見える、聞こえる）がある
- 妄想（事実ではないことを思い込む）がある
- 睡眠中に大声を出したりおかしい行動をとったりする
- 立ちくらみや失神がよく起こる
- 尿失禁がある

5. 耳の聞こえが悪くなっていますか？

はい → () 頃から いいえ

6. その他、気になる症状があればご記入ください。

6. 現在治療中の病気をすべて教えてください。

高血圧症 高脂血症 糖尿病 心不全
 喘息 肝機能障害 うつ病 パーキンソン病
 その他 ()

7. 上記以外に、これまでかかったことのある病気をすべて教えてください。

高血圧症 高脂血症 糖尿病 心筋梗塞
 喘息 肝機能障害 うつ病 パーキンソン病
 その他 ()

8. ご職業を教えてください。

() 歳 ~ () 歳 : _____
() 歳 ~ () 歳 : _____
() 歳 ~ () 歳 : _____

9. 最終学歴を教えてください。

尋常小学校 中学校 高等学校 専門学校 大学

10. 生活習慣について教えてください。

・睡眠時間：() 時 ~ () 時ごろ
・飲酒： しない 年に数回 月に数回 週1、2回
 週4回以上 ほとんど毎日
 → 飲酒される方は、一日当たりの飲酒量を教えてください。
 () を、約 () ml くらい
・喫煙： しない する → () 本/日

11. ご家族について教えてください。

・() 人兄弟(姉妹)のうち () 番目
・ 未婚 既婚 → 子供 () 人

12. 同居の方を教えてください。

