

もの忘れ外来問診票

診察をスムーズに行うため、お手数ですが書ける範囲でご記入をお願いします。

記入日 年 月 日

受診者名	記入者名	本人との関係
1.今一番つらいこと、お困りの症状は何で、それはいつごろからですか？		
そのことで受診したことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ある方は下記に詳細をご記入ください）		
医療機関名・診療科	期間	
(科)	年 月 ~	年 月
(科)	年 月 ~	年 月
(科)	年 月 ~	年 月
紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2.今回の来院はどなたの意向ですか？ <input type="checkbox"/> 自分の意志で <input type="checkbox"/> _____のすすめで		
来院同伴者は <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(名前: _____ 関係: _____)		
当院に希望することはありますか？ <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 説明や助言		
その他:		
3.現在お薬は飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んだことがある <input type="checkbox"/> 飲んだことがない		
お薬の種類と量を説明した紙あるいはお薬手帳を持参されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
→いいえに✓をされた方はご存じであれば、主な薬の名前と1日の量の記入をお願いします。		
_____錠(朝・昼・夕・眠前)	_____錠(朝・昼・夕・眠前)	_____錠(朝・昼・夕・眠前)
_____錠(朝・昼・夕・眠前)	_____錠(朝・昼・夕・眠前)	_____錠(朝・昼・夕・眠前)
_____錠(朝・昼・夕・眠前)	_____錠(朝・昼・夕・眠前)	_____錠(朝・昼・夕・眠前)
4.これまでの健康状態についてあてはまるものに✓をつけてください。		
現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
ある→(病名: _____)(医療機関名: _____)		
(病名: _____)(医療機関名: _____)		
(病名: _____)(医療機関名: _____)		
<input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 血圧が低い <input type="checkbox"/> 心臓病(_____ 歳から)		
<input type="checkbox"/> 糖尿病(_____ 歳から) <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血(_____ 歳から)		
感染性疾患: <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症(_____ 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> その他(_____)		
コロナワクチン接種: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(① _____ 月 日 ② _____ 月 日)		
静脈血栓塞栓症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ 年 月)		
アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
あり→薬や食品(種類 _____) <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく		
アルコール: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 最後に飲んだ日は(_____ 月 日)		
飲む→(_____ 日/週・お酒の種類: _____ 1回あたりの量: _____)		
喫煙: <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(1日あたり _____ 本)		
今までかかった主な病気とその年齢		
病名 _____	年齢 _____ 歳	病名 _____ 年齢 _____ 歳
5.住居・家族・経済状態について空欄に記入し、あてはまるものに✓をつけてください。		
兄弟姉妹: 本人含めて _____ 人中、 _____ 番目 (兄 _____ 名、姉 _____ 名、弟 _____ 名、妹 _____ 名)		
配偶者: <input type="checkbox"/> いる(年齢 _____ 歳、職業 _____) <input type="checkbox"/> いない(未婚・離別・死別)		
子供: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(男・女 _____ 歳、男・女 _____ 歳、男・女 _____ 歳、男・女 _____ 歳)		

裏面につづく

同居者： なし あり(全員のお名前とご関係： _____、 _____、 _____)

血縁者で心療内科・精神科に受診経験のある方はいますか？

いない いる(どなたですか？ _____)

住宅 持家 賃貸 一戸建て アパート/マンション その他(_____)

6.これまでの生活について空欄に記入し、あてはまるものに✓をつけてください。

生まれ育ったところ _____

最後に通った学校と学科の名前 _____ 卒業 中退

卒後の職歴・アルバイト歴 なし あり

現在の主な役割 家事 仕事(内容 _____ 役職など _____)

特に何もしていない

家庭・学校や職場での悩みは ない ある(内容 _____)

7.最近の状態について空欄に記入し、あてはまるものに✓をつけてください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg 最近 やせた 太った (もともと _____ kg)

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1)食事はひとりでできますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2)移動はひとりでできますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3)トイレはひとりでできますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4)家事や買い物はひとりでできますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5)入浴はひとりでできますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6)着替えはひとりでできますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7)内服薬の管理はご自分でされていますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8)睡眠平均 _____ 時間 <input type="checkbox"/> 睡眠が悪い(薬を飲んでも・飲まない) <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い | | |

8. 現在、気になる症状があれば✓をつけてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 何度も同じことを言ったり、尋ねたりする | <input type="checkbox"/> 物の名前が思い出せない |
| <input type="checkbox"/> しまい忘れや置忘れがある | <input type="checkbox"/> 計算の間違いが多くなった |
| <input type="checkbox"/> 慣れている場所で道に迷うことがある | <input type="checkbox"/> 薬の管理ができなくなった |
| <input type="checkbox"/> 時間や場所の感覚が不確かになってきた | <input type="checkbox"/> 以前よりひどく疑い深くなった |
| <input type="checkbox"/> 夜中に寝ぼけて騒いだことがある | <input type="checkbox"/> 水道の蛇口やガスの元栓の閉め忘れがある |
| <input type="checkbox"/> 以前あった物事への関心や興味が失われた | <input type="checkbox"/> お金や物を盗まれたといて騒いだことがある |

その他：

これらの症状にいつごろ気づかれましたか？ _____ 頃

9. 社会保障制度 サービスの利用についてあてはまるものに✓や○をつけてください。

要介護認定： なし 申請中 あり(介護区分：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

年金：老齢(基礎 厚生) 障害 級(基礎 厚生) 遺族(基礎 厚生)

在宅サービス等：訪問診療・往診 訪問看護 ヘルパー デイケア デイサービス
ショートステイ 配食サービス その他(_____)

施設：(入所・通所) 介護・高齢 有料老人ホーム 老人保健施設

サービス付き高齢者住宅 精神 その他

施設・関係機関名：(_____ 担当 _____ 連絡先 _____)

10.医師・医療へのご要望があればご記入ください。

11.当院からのもの忘れに関するお知らせや案内の郵送や電話を希望されますか？

郵送：希望する 希望しない 電話：希望する 希望しない

記入が済みましたら外来受付までお持ち下さい。ご協力ありがとうございました。