

# 物忘れ外来 問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)	男 ・ 女	
住所	〒	電話番号	
		携帯電話	

※以下の質問についてご記入ください(できる範囲で結構です。)

※記入される方のお名前 本人・ \_\_\_\_\_ ご本人との関係( \_\_\_\_\_ )

※患者様の状態について一番ご存知の方はどなたですか

本人 ・ \_\_\_\_\_ ご本人との関係( \_\_\_\_\_ ) ご連絡先 TEL \_\_\_\_\_ )

1. 患者様のお住まいについて：単身生活 ・ 家族と同居：( ) 年前から( ) と同居  
施設に入所中：( ) 年前から (施設名 \_\_\_\_\_ ) に入所

2. 現在どのような症状がありますか？

年 月頃から物忘れがひどくなった ( 急に ・ 徐々に \_\_\_\_\_ )

3. 物忘れが出現・悪化する前にきっかけや、生活上の変化など前触れはありましたか？ ( はい ・ いいえ )  
(具体的に記載してください。「〇年〇日に骨折してから」など \_\_\_\_\_ )

4. 物忘れの症状について以前に診察を受けたことがありますか？ ( ある ・ ない ・ 現在通院中 \_\_\_\_\_ )  
年 月～年 月 医療機関名： \_\_\_\_\_ : 診断

5. その他、精神科や神経科などにかかったことがありますか？ ( ある ・ ない ・ 現在通院中 \_\_\_\_\_ )

(例：〇年〇月～〇年〇月 医療機関：Aメンタルクリニック：診断 うつ病 など)

6. 物忘れや、その症状は一日のうちで変化しますか？一番ひどいときは何時ですか？

( 変化する \_\_\_\_\_ 頃がひどい ・ 変化しない \_\_\_\_\_ )

7. 寝ぼけたり、夜中に大声を出したりすることがありますか？ ( ある ・ ない \_\_\_\_\_ )

8. 転びやすくなった、歩き方がおかしくなったことはありますか？ ( ある ・ ない \_\_\_\_\_ )

9. 物忘れ以外に気になる症状はありますか？

特になし

幻覚 妄想 昼夜逆転 暴言・暴行 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題

その他気になる変化がございましたら記載してください。[怒りっぽくなった・味の好みが変わった等]

10. 現在、介護保険は利用されていますか？( 利用している ・ 利用していない )

利用している場合 要支援 \_\_\_\_\_ ・ 要介護 \_\_\_\_\_

11. 現在、デイケア・デイサービスなどの介護サービスなどを利用されていますか？

(利用している ・ 利用していない)

利用している場合 ( デイサービス ・ デイケア ・ その他 \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 年から 施設名： \_\_\_\_\_ 週に \_\_\_\_\_ 回利用している。

定期的に利用している場合何曜日に利用していますか ( \_\_\_\_\_ 曜日)

12. 身体的疾患・身体状況についてお聞きします。

現在、精神科や神経科以外の病院や診療所、介護サービスなどに通院・通所されていますか？

( はい ・ いいえ )

通院している場合は、いつから・通院の頻度・診断についてお書きください

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ころより \_\_\_\_\_ に通院中：診断 \_\_\_\_\_ 処方薬 あり・なし

13. 今、服用中のお薬の内容をお書き下さい。(おくすり手帳をお持ちの方は記入頂かなくても結構です。)

14. 本日受診された症状について(あてはまるものすべてに印✓をつけて下さい)

ご自身が物忘れを心配して ご家族が物忘れを心配して 物忘れの治療を希望 精密検査を希望

よくわからない 職場など周りの人に勧められて (誰から？ \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

15. 現在の生活の状況についてお聞きします。

①手足で動かない(マヒしている)所がある ( ない ・ ある →部位 \_\_\_\_\_ 年から )

原因： 脳卒中 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 不明

②ひとりで歩行できますか ( できる ・ できない ・ 支えがあればできる )

できない場合、車いすなら自力で操作可能ですか？( できる ・ できない )

③ひとりで立つことができますか？ ( できる ・ できない )

④ひとりで食事は食べられますか？ ( できる ・ できない )

できない場合 ( すべて介助しないと食べられない ・ 少し介助すれば食べられる )

⑤ひとりでトイレ・排泄はできますか？ ( できる ・ できない )

⑥失禁することはありますか？ ( ほとんど失禁 ・ 時々ある ・ ない )

⑦おむつを着用していますか？ ( している ・ していない )

⑧ひとりで入浴は出来ますか？ ( できる ・ できない ・ 訪問入浴 ・ デイサービスで入浴 )

⑨買い物・料理・洗濯・着替えなど以前できていた身の周りのことはどの程度できますか？

( 問題なくできる ・ 時々手順を間違えることがある ・ ほとんどいつも手順を間違える ・ できない )

16. アレルギーはありますか？ ( ない ・ ある →原因や症状 \_\_\_\_\_ )

17. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？ ( はい ・ いいえ )

18. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ( はい ・ いいえ )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算 1 4点加算 2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)