

# ●物忘れ外来問診票①

平成 年 月 日 初診

☆記入が終わりましたら、まずこの1枚は受け付けスタッフにお渡し下さい。

---

(ふりがな)

- ご本人のお名前  ・生年月日

---

- ご家族のお名前  続柄(  ) ・連絡がしやすい電話番号

---

- ご住所 〒(  -  )

---

- お電話番号 (ご自宅  )(携帯番号  )

---

- お一人暮らしですか？ (はい・いいえ) ・どなたと住んでいますか?(  )

---

- 手術を受けたことはありますか？ ・ある(  ) ・なし

---

- 治療中(過去も含め)のご病気はありますか？ ・ある(  ) ・なし

---

- アレルギー(薬含め)はお持ちですか？ ・ある(  ) ・なし

---

- 喫煙 (  本/日)(吸わない・昔吸っていた) ・飲酒 (毎日・たまに・ほぼ飲まない)

---

- 当院を選んだきっかけは？ (クチコミ・インターネット・人から勧められて・その他)

---

- 今回受診しようと思ったきっかけは？ (御本人の希望・御家族の希望)

---

- 介護保険は使っていますか？ 要支援(  )・要介護(  )・使っていない

---

- ケアマネージャーがいれば、そのお名前と連絡先

---

- 主に介護しているのはどなたですか？

今日のご希望の欄に○を付けて下さい。

- ・活気が出て欲しい ( ) ・穏やかになって欲しい ( ) ・夜しっかり寝て欲しい ( )
- ・日中しっかり起きて欲しい ( ) ・食欲を出して欲しい ( ) ・歩行が良くなって欲しい ( )
- ・サプリメントの情報を聞きたい ( ) ・認知症なら、病名の告知をして欲しい ( )

## ●物忘れ外来問診票②

1.お困りの症状はいつからですか？

2.当てはまる症状に○を付けて下さい。

- ・ 同じ事を何度もたずねる ( ) 置き忘れ、しまい忘れが増えた ( )
- ・ 道に迷うことがある ( ) 日にちの感覚が低下している ( )
- ・ 言い訳が増えた ( )
  
- ・ 歩き方が小刻みになった ( ) おしっこが近い、間に合わない ( )
- ・ おしっこが出にくい ( ) (男性なら)前立腺の病気を持っている ( )
- ・ 便秘である ( )
  
- ・ 薬が効きすぎる、風邪薬などで眠たくなる ( )
- ・ 幻覚が見える ( )、誰もいないのに人がいるような気がする ( )
- ・ 1時間以上昼寝をする ( )、日中ウトウトすることが増えた ( )
- ・ 寝ながら叫ぶ、暴れる ( ) 寝言が多い ( )
- ・ 急に意識を失ったことがある ( )
- ・ 食事でむせて肺炎を起こしたことがある ( )、むせやすくなった ( )
- ・ 趣味もないほど真面目である ( )、真面目な性格である ( )
  
- ・ 万引きや無銭飲食をしたことがある、人の食事を勝手に盗る ( )
- ・ 極端に甘い物が好き、食べ過ぎる、妙な物を口にする ( )
- ・ スイッチが入ったようにいきなり怒り、ケロッとする ( )
- ・ 家族の後をついて回る、一人にされると怒る、人が多いと興奮する ( )

3.その他、気になる症状(妄想など)があればお書き下さい。

4.現在内服中の薬があれば、お書き下さい。お薬手帳があれば、ご提出下さい。

ひらやま脳神経外科

