

『もの忘れほっとけん外来』問診票（ご家族または介護者様用）

記入日： 平成 年 月 日

患者さんについて

氏名： 年齢： 性別： 男 女

一緒に生活している方は？：  
一人暮らし 夫または妻 子供さんあるいはその家族  
その他（ ）

最後に出た学校を教えてください：

主にされていたお仕事を教えてください：

脳の病気になったことがありますか？  
脳梗塞 脳出血  
くも膜下出血 頭部外傷  
その他（ ）

もの忘れが始まったのはいつ頃からですか？  
 ( ) 年前  
 ( ) ヶ月前  
 ( ) 週前  
 ( ) 日前

相談者の方について

氏名： (続柄)

患者さんと一緒に暮らしていますか？： はい いいえ

自由記載欄（気になることなど何でも自由にお書きください）

◆受診の際には必ずご本人の生活状況をよく知っている方の御同伴をお願いします。

- ◆診察当日にお持ちいただくもの。
- 『この問診票』
  - 『お薬手帳か、飲んでいる薬の内容がわかるもの』
  - かかりつけ医の『紹介状（診療情報提供書）』

〈お問い合わせ〉  
 国民健康保険小松市民病院 地域医療連携室、『もの忘れほっとけん外来』  
 電話 0761-22-7111

患者さんの症状についてお聞きします。 該当するものに☑をしてください。

記入者： ご本人、配偶者の方、息子さん、娘さん、お嫁さん、その他

症状のチェック

1 ml	<input type="checkbox"/>	人の名前や言葉がすぐに出てこない。「あれあれ、それぞれ」が多くなった。	11 L	<input type="checkbox"/>	込み入った話やドラマの筋が理解できなくなった。	21 ps	<input type="checkbox"/>	無関心 例： <input type="checkbox"/> 今まで好きだったことに無関心。 <input type="checkbox"/> 無気力。 <input type="checkbox"/> 社交性がなくなった。
2	<input type="checkbox"/>	日付や曜日を日に何度も確認する。	12	<input type="checkbox"/>	話のつじつまが合わない。自分の言いたいことが分からなくなる。	22	<input type="checkbox"/>	不安、不眠 例： <input type="checkbox"/> 不安になる。 <input type="checkbox"/> 気がめいる。 <input type="checkbox"/> 夜、眠れない。
3	<input type="checkbox"/>	最近のことを思い出せない。 例： <input type="checkbox"/> 何をしにきたのか思い出せない。 <input type="checkbox"/> どこに置いたのか思い出せない。	13 E	<input type="checkbox"/>	慣れている作業（趣味・日課）ができなくなった。	23	<input type="checkbox"/>	被害者意識 例： <input type="checkbox"/> 被害者意識が強くなった。 <input type="checkbox"/> 物が見当たらないと盗まれたと思う。
4 m2	<input type="checkbox"/>	行うべきことを忘れる。 例： <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ。 <input type="checkbox"/> 火・電気の消し忘れ。 <input type="checkbox"/> 蛇口の閉め忘れ。	14	<input type="checkbox"/>	お金を使つての買い物ができなくなった。	24	<input type="checkbox"/>	性格が変わった。 例： <input type="checkbox"/> 怒りっぽい。 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない。 <input type="checkbox"/> 遠慮がない。 <input type="checkbox"/> 独り言を続ける。 <input type="checkbox"/> 興奮しやすい。
5	<input type="checkbox"/>	よく知っている人（家族や友人）の名前が出てこないことがある。	15	<input type="checkbox"/>	一人で乗り物を利用して外出することが難しくなった。	25	<input type="checkbox"/>	幻覚 例： <input type="checkbox"/> 実際にはない物や人が見える。 <input type="checkbox"/> 音・声が聞こえる。
6	<input type="checkbox"/>	約束の時間・場所などを間違える。	16	<input type="checkbox"/>	今までできた一連の動作ができない。 例： <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 薬の管理 <input type="checkbox"/> お金の管理 <input type="checkbox"/> 年賀状や手紙作成	26 B	<input type="checkbox"/>	身だしなみ・排尿がおかしい。 例： <input type="checkbox"/> 身だしなみを気にしない。 <input type="checkbox"/> 何日も入浴しない。 <input type="checkbox"/> 排尿・排便の失敗。 <input type="checkbox"/> ゴミを捨てない。
7	<input type="checkbox"/>	一度に二つのことが覚えられない。	17	<input type="checkbox"/>	使い慣れた道具・器械が使えない。 例： <input type="checkbox"/> リモコン <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 爪切り	27	<input type="checkbox"/>	屋内・屋外を一人で歩き回る（うろうろする）。
8 m3	<input type="checkbox"/>	すぐに忘れる。 例： <input type="checkbox"/> おなじことを何度も言ったり聞いたりする。 <input type="checkbox"/> 30分後には忘れている。 <input type="checkbox"/> 同じ物を何度も買う。	18	<input type="checkbox"/>	判断力の低下、だまされやすくなった。 例： <input type="checkbox"/> 詐欺などにあう <input type="checkbox"/> 高額な買い物をする	28	<input type="checkbox"/>	同じ行為とこだわり。 例： <input type="checkbox"/> 日常生活で同じ行為を繰り返す。 <input type="checkbox"/> ある事柄にこだわる。
9	<input type="checkbox"/>	今いる場所が分からなくなることがある。	19 V	<input type="checkbox"/>	服の前後や上下を間違える。頭や腕を通すところがわからない、間違える。	29 mis	<input type="checkbox"/>	睡眠のリズムの障害：昼夜逆転
10	<input type="checkbox"/>	家族や親しい人の顔がわからなくなった。	20	<input type="checkbox"/>	知っているはずの道に迷うことがある。	30	<input type="checkbox"/>	歩行障害 例： <input type="checkbox"/> 歩き方が変わった。 <input type="checkbox"/> 転倒しやすい。 <input type="checkbox"/> 意識を失うことがある。