

ものわすれ問診票（ご家族・介護者記入用）

平成 年 月 日

受診者のお名前

記入者のお名前

受診者とのご関係（ ）

ご家族の場合（同居 ・ 別居 ）

- 1) ものわすれに気づいたのはいつ頃からですか。
そのきっかけになった出来事は何ですか。

いつ頃

出来事

- 2) 今、一番お困りのことは何ですか。
- 3) どのような症状がありますか（あてはまるものに○印をつけてください）
- 同じことを何度も言う・問う・する
 - しまい忘れ置き忘れが増え、いつも探し物をしている
 - 財布・通帳などモノが盗まれたという
 - 慣れた道でも迷うことがある
 - 今日が何月何日かがわからない
 - 料理・運転・計算などのミスが多くなった
 - 薬の飲み間違いが多くなった
 - 自分の失敗を人のせいにする
 - 些細なことで怒りっぽくなった
 - 「なんか様子がおかしい」と周囲からいわれた
 - 「頭がおかしくなった」と本人がいう
 - 趣味や好きなテレビに興味を示さなくなった
 - ふさぎこんで、何をするのも嫌がる
 - 下着を替えないなど、身だしなみをかまわなくなった
 - トイレを失敗することが増えた
 - 見えるはずのないものが見えるという
 - その他
-

- 4) 本日、受診された理由を教えてください（複数可）
（ ） 認知症を心配して ご本人が・まわりの方（ ）
（ ） 人からすすめられて（どなたですか： ）
（ ） 今、困っていることを相談したい
（ ） 脳の検査（ CT ・ MRI ・ SPECT ）をうけたい
*他院へご紹介します。
（ ） 認知症のお薬を希望する
- 5) ものわすれでこれまでどこかに受診したことが（ ある ・ ない ）
医療機関名・受診科（ ）
- 6) 現在定期的に通院している（ はい ・ いいえ ）
医療機関名・受診科（ ）
- 7) これまでかかったことのある病気に○印をつけてください
交通事故・頭のけが・脳血管障害（脳出血・脳梗塞）・脳腫瘍・糖尿病
高血圧・高脂血症・肝臓病・甲状腺の病気・うつ病・アルコール依存症
その他（ ）
- 8) 血のつながりのあるご家族で「認知症」の方が（ いる ・ いない ）
祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他（ ）
- 9) 介護保険の利用につき教えてください
申請（ している ・ していない ・ 現在申請中 ）
要介護度（ 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
ケアマネージャーが（ 決まっている ・ 決まっていない ）
事業所（ ）
担当者（ ）
介護サービスを利用していますか？
デイサービス ・ デイケア ・ ショートステイ
訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハビリ ・ 訪問入浴
小規模多機能 ・ その他（ ）
- 10) 相談したいこと、気になることなど、なにかあれば記入してください