

# <問診票>(物忘れ外来)

年 月 日

ID( )

診察を開始させて頂く前に、お手数ですが下記の項目へ御記入頂ければありがとうございます。  
分かりにくい内容は、記載せず空白のままで結構です。

ふりがな  氏名	性別  男・女	生年月日  大正・昭和・平成 年 月 日	年齢  歳
住所 〒 一  都道府県	市郡	区町	
自宅電話 ( )	携帯電話 ( )		

問診票を記入された方 : 御本人 、 御家族( ) 、 その他( )

## 【現在のおかげんについてお聞きします】

①現在、困っていること、相談したい内容についてご記入ください。

---

下記にあてはまる項目に□をつけてください

- 物の名前が思い出せなくなった
- 何度も同じことを言ったり、聞いたりする
- しまい忘れや置き忘れが多くなった
- 財布やクレジットカードなど、大切な物をよく失くすようになった
- 物事を判断したり理解することが難しくなってきた
- 映画やドラマの内容を理解できなくなった
- 時間や場所の感覚が不確かになってきた
- 慣れている場所なのに、道に迷った
- 薬の管理が出来なくなった
- 以前好きだったことや、趣味に対する興味が薄れた
- 火の不始末(鍋を焦がす等)がある
- 水道の閉め忘れが目立つようになった
- 料理のレパートリーが極端に減り、同じ料理ばかり作るようになった
- 怒りっぽくなった
- 財布を盗まれたと言うことがある
- 寝ているときに大声でしゃべったり、動いたりする
- 実際にはないものが見えている
- うまく歩けなくなった
- 転びやすくなった

ご自分で(おひとりで)出来ない項目に□をつけてください

- |                              |                                |                                   |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食事  | <input type="checkbox"/> 買い物   | <input type="checkbox"/> お金の管理    |
| <input type="checkbox"/> 着替え | <input type="checkbox"/> 料理    | <input type="checkbox"/> バスや電車に乗る |
| <input type="checkbox"/> 入浴  | <input type="checkbox"/> 洗濯    |                                   |
| <input type="checkbox"/> 電話  | <input type="checkbox"/> お薬の管理 |                                   |

最近頭を打ったことがありますか □ない □ある

尿が漏れてしまうことがありますか □ない □ある

便が漏れてしまうことがありますか □ない □ある

②いつ頃から物忘れを感じるようになりましたか？

令和・平成・昭和 年 月頃から

③「物忘れ」に関して、精神科・心療内科以外(内科、脳外科、神経内科等)を受診されたことはありますか？□な い □あ る

ある方は、受診された時期と、クリニック(病院)名、診断名をご記入下さい

・時期( ) 医療機関( ) 診断名( )

・時期( ) 医療機関( ) 診断名( )

そこで「物忘れに対する薬」をもらいましたか □いいえ □は い

④精神科・心療内科に受診や入院をされた事がありますか？□な い □あ る

ある方は、通院(入院)期間と、通院(入院)されたクリニック(病院)名をご記入下さい

期間	通院	入院	医療機関名
【 年 月 日 ~ 年 月 日】			
【 年 月 日 ~ 年 月 日】			

⑤本日、紹介状はお持ちですか？ □いいえ □は い

⑥本日、お薬手帳はお持ちですか？ □いいえ □は い

⑦現在、物忘れに対する薬や、睡眠薬や安定剤(抗不安薬)などの薬を服用していますか？

□いいえ □は い

・内服されている方は内容が分かればご記入ください(お薬手帳をお持ちの際は不要です)

( )

【運転についてお聞きします】

①運転免許証をお持ちですか？ □は い □いいえ □返納した

②現在も運転されますか？ □は い □いいえ

【生まれてから現在までの生活についてお聞きします】

①生まれた時に早産、低体重などの問題がありましたか？

□ない · □不明 · □ある( )

②最終学歴についてご記載ください

中学校  高校  専門学校  短期大学  大学  大学院  
⇒  中退  在学中  卒業

③お仕事についてご記載下さい(例:18歳~60歳 会社員、など具体的に記載頂けるとありがとうございます)

---

---

---

【お体のご病気についてお聞きします】

①現在、お体の病気がありますか？

ない・ある(診断: 通院先: )  
(診断: 通院先: )  
(診断: 通院先: )

内服されている方は内容が分かれればご記入ください(お薬手帳をお持ちの際は不要です)  
( )

②今までに入院や、手術などの大きな病気をされたことがありますか？

ない・ある(診断: 通院先: )  
(診断: 通院先: )  
(診断: 通院先: )

③今までに糖尿病(またはその傾向)と言われたことがありますか？

ない・ある(いつ: )

④縁内障と言われたことはありますか？

ない・ある(いつ: )

⑤お薬や注射、食べ物でアレルギーや重い副作用が出現したことがありますか？

ない・ある(何で: )

【嗜好品等についてお聞きします】

①アルコールを飲む習慣はありますか？

ない・ある(毎日・時々・機会があれば )

毎日飲まれる方:お酒の種類( )、1日に飲む量( )、何歳から( )

②コーヒー、紅茶など、カフェインを含む飲み物を飲む習慣はありますか？

ない・ある(何を: 1日量: )

③タバコを吸う習慣はありますか？ ない・ある(1日 本)

④覚せい剤、大麻、麻薬など脱法薬物などを使用したことがありますか？

ない・ある(何を: いつ頃: )

**【ご家族についてお聞きします】**

- ① 兄弟姉妹 □なし □あり(【 】人兄弟(姉妹)の上から【 】番目 )  
② ご自身の結婚 □未婚 □既婚( )歳 □離婚( )歳 □再婚( )歳  
□配偶者の方と死別(いつ: )  
③ 子供 □なし □あり  
ありの方は(例 長男 46 歳、次男 42 歳: )  
④ 現在同居している方 □なし □あり(例 妻 70 歳: )  
⑤ ご家族(血縁の方)に、心療内科や精神科にかかった方、認知症(が疑われる方)、あるいは自殺された方はいらっしゃいますか?  
□いない · □いる(どなた: 診断: )

**【本日はどなたと来院されましたか】** □お一人で 、□御家族( )、その他( )

**【介護支援に関して】**

要介護認定を □受けていない □受けている<要支援( )、要介護( )>

**【当院をどのようにして知りましたか】**

- ホームページ □駅の看板 □医院の看板(通りすがり)  
□他のクリニック・病院等からの紹介( )  
□知人の紹介(当院の患者様・患者様の御家族・職員・その他 )  
□その他:( )

**【その他に、診察前に伝えておきたいことなど自由にご記載下さい】**

---

ご協力ありがとうございました。

申し訳ございませんが、診察までもうしばらくお待ちください。