

もの忘れ相談外来 問診票（ご家族・介護者用）

受診される方の状況をお教えてください。ご本人ではなく必ずご家族・介護者の方がお書きください

氏名			住所		
年齢	歳	生年月日	大・昭・平	年	月 日
性別	男 ・ 女				
相談者氏名	（続柄： ）連絡先：				

1、当てはまるものに☑を入れてください

物忘れが気になってどのくらいたちますか？
☐ だいたい 年前から ☐ 年 ヶ月くらい
物忘れが進んでいると感じている場合はいつごろから進んでいると思いますか？
☐ だいたい ヶ月前から ※一ヶ月以内の急激な変化は急いで治療を要する病気の可能性もありますので、早めの受診をお勧めします
困っていることはどんなことですか？
☐ 自覚がない ☐ 同じ話を何度もする ☐ 怒りやすい ☐ 被害的 ☐ 同じものを買い込んでしまう ☐ 物を置いた場所を忘れて探す ☐ やる気・元気がなくなった ☐ 見えないものが見える ☐ 徘徊・外に出て困る ☐ 物を取られたと思っている ☐ その他：（ ）
誰が困っていますか？
☐ 本人 ☐ 主介護者（ ） ☐ 近隣の方 ☐ その他（ ）
もの忘れ外来を受診しようと思った理由はどのようなことですか？
☐ 詳しい検査をしてほしい ☐ 今後の関わり方について相談したい ☐ 介護保険の申請のため ☐ その他（ ）

2、生活の様子をお聞きます。該当するものに☑を入れてください

場所や時間の見当がつくかどうか	会話について
☐ 年月日が分からないことがある	☐ 日常の会話には困らない

☐ 季節や場所が分からないことがある	☐ 簡単な会話はわかる
☐ 家の中でトイレなどの場所がわからない	☐ 簡単な会話もわからない
お風呂について	着衣について
☐ 自分でお風呂に入ることができる	☐ 自分で衣服を選びきることができる
☐ 促せば自分でお風呂に入ることができる	☐ 衣類を用意すれば、自分で着替えることができる
☐ 手助けなしではお風呂に入れない	☐ 手助けなしでは衣類が着られない
トイレについて	
☐ 一人でトイレを済ませる	☐ トイレの水を流すことや、きちんと拭くことを忘れる
家庭状況について	
☐ 一人暮らし	☐ 高齢者世帯
☐ 家族と同居（同居者の続柄： ）	
☐ その他： （ ）	
今までの精神科受診歴がありますか？	
☐ もの忘れ外来で精神科受診歴がある 病院名（ ）	
☐ もの忘れ外来以外で精神科受診歴がある 病院名（ ）	
どのような症状（あるいは診断）で受診しましたか？（ ）	
何歳頃から、何年くらい通院しましたか？（ ）歳から（ ）年間通院	
入院歴がありますか？ 病院名（ ）	
☐ 今まで精神科を受診したことはない	
介護保険の利用申請をされていますか？	
☐ 申請している 現在の介護度： 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
居宅介護支援事業所名：（ ）	
担当ケアマネージャー名：（ ）	
<現在 利用中のサービス>	
訪問介護（ホームヘルプ） 訪問看護 通所介護（デイサービス）	
通所リハビリ（ディケア） 短期入所介護（ショートステイ）	
その他（ ）	
☐ 申請していない	

3、今までの病気や、今患っている病気についてお尋ねします該当するものに ☒ をいれ、
当てはまる項目を ○ で囲んでください

今まで薬を飲んだり、点滴を受けた後、じんま疹がでたり、呼吸困難になったことがありますか					
☐ ある 薬剤名：（ ）					
☐ ない					
現在、あるいは過去に以下の病気といわれたことがありますか					
☐	糖尿病	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	高血圧	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	高脂血症	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	脳梗塞	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	心不全	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	不整脈	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	肺気腫	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	緑内障	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	腎機能障害	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	てんかん（けいれん）	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
☐	その他の病名 （ ）	治療中	過去に治療・指摘を受けた	入院治療	
今まで手術や特別な治療（放射線治療）を受けたことがありますか？					
☐ ある 手術・処置（ ）医療機関名（ ）					
☐ ない					
今、飲んでる薬はありますか？					
☐ ある お薬手帳や薬剤情報提供書がありましたらお出しください					
☐ ない					
心臓にペースメーカーが入っていたり、手術で体の中に金属がはいっていますか？					
☐ ある ペースメーカー ・ 金属（部位： ）理由： （ ）					
☐ ない					
かかりつけ医はありますか					
☐ ある 医療機関名（ ）担当医（ ）					
☐ ない					
その他、ご要望や心配なことなどありましたら、お書きください					

ご記入ありがとうございました。この問診票を「もの忘れ外来」受診時にお持ちください。

能美市立病院 もの忘れ外来

TEL (0761) -55-0560