

『もの忘れ外来』問診票（ご家族・介護者用）

平成 年 月 日

氏名			住所		
年齢	歳	家族構成	☐ 一人暮らし	☐ 高齢者世帯	
性別	男 ・ 女		☐ 家族と同居（同居者の続柄： ）		☐ その他（ ）
相談者氏名	（続柄： ）連絡先：				

該当するものに☑して、記入して下さい。

もの忘れが気になって、どのくらいたちますか？

☐大体 年前から ☐ 年 ヶ月くらい

もの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感じますか？

☐大体 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 ☐同じものを買ってしまふ ☐怒りやすい
☐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
☐物を盗られたと思っている ☐被害的
☐その他：（ ）

もの忘れ外来を受診しようと思った理由はどんなことですか？

☐詳しい検査をして欲しい ☐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

※生活の様子をお聞きます。該当するものに☑して下さい。

場所や時間の見当がつくかどうか	
☐	年月日がわからないことがある
☐	季節や場所がわからないことがある
☐	家の中でトイレなどの場所がわからない
会話について	
☐	日常の会話には困らない
☐	簡単な会話はわかる
☐	簡単な会話もわからない
お風呂について	
☐	自分でお風呂に入ることができる
☐	促せば自分でお風呂に入ることができる
☐	手助けなしではお風呂に入れない
着衣について	
☐	自分で衣類を選び着ることができる
☐	衣類を用意すれば、自分で着ることができる
☐	手助けなしでは衣類が着られない
トイレについて	
☐	一人でトイレをすませる
☐	トイレの水を流すことや、きちんと拭くことを忘れる

既往歴（今までどんな病気になりましたか）

かかりつけ医（ ）

自由記載欄

※受診当日はお薬手帳か、飲んでいる薬の内容がわかるものを持参下さい。

この問診票を、『もの忘れ外来』受診時にお持ち下さい。

北見赤十字病院 認知症疾患医療センター TEL 0157-24-3115 内線2200

北見赤十字病院 もの忘れ外来 問診票 2016.3.1