

## 物忘れ外来問診表

受診日 年 月 日

ふりがな

受診者名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

生年月日大・昭・平 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

性別 男・女 年齢 才 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

記入者のお名前 \_\_\_\_\_ 受診者との関係(続柄) \_\_\_\_\_

● いつ頃から、どのような症状がありますか？

★アレルギー 無 ・ 有 ( ) ★義歯あり (上・下・部分)・なし

★お酒は (飲む・飲まない) 1日 合

★タバコは (吸う・吸わない) 1日 本

● 受診者の現在の日常生活を、以前と比べてお答えください。

今日の日付が解りますか？ はい いいえ

道に迷うことはありますか？ はい いいえ

よく物をなくしますか？ はい いいえ

最近の話題に、ついてこられますか？ はい いいえ

電化製品はきちんと使えますか？ はい いいえ

服を自分で選べますか？ はい いいえ

一人でお風呂に入れますか？ はい いいえ

お風呂に入ることを嫌がりますか？ はい いいえ

話の途中で訳がわからなくなることはありますか？ はい いいえ

最近、些細なことで怒りっぽくなりましたか？ はい いいえ

家族、親族の名前を覚えていますか？ はい いいえ

火の不始末、水の出しっぱなしはありますか？ はい いいえ

元気、意欲はありますか？ はい いいえ

食欲に変化はありますか？ はい いいえ

● 好きな歌手、テレビ番組があれば書いてください。 \_\_\_\_\_

● 好物は何ですか？ \_\_\_\_\_

● 何か趣味はありますか？ \_\_\_\_\_

● 仲のいい人、頼りにしている人は誰ですか？ \_\_\_\_\_

● かかりつけの病院が有れば書いてください。 \_\_\_\_\_

● 介護保険は利用していますか？ 要支援 \_\_\_\_\_ もしくは要介護 \_\_\_\_\_