

物忘れ外来問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

矢野医院

TEL:03-3421-0220

FAX:03-6804-0847

 ご本人

名前：..... (ふりがな：.....) 性別： 男 ・ 女

生年月日：大正 ・ 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ 年齢：..... 歳

住所：〒.....

(アパート・マンション名) 号室

電話番号：.....

 記入する方 受診される方との居住形態 同居 ・ 別居

名前：..... 続柄：..... 年齢：..... 歳

別居の場合

住所：〒.....

(アパート・マンション名) 号室

電話番号：.....

- ・ 現在、お困りの症状について教えてください。（家に帰って来られない、物忘れが多いなど）
またそれはいつ頃からですか？（徐々に増えてきた、突然始まったなど）

症状：

始まった時期：

- ・ 上記の症状で医療機関を受診したことはありますか？
受診された方は何歳くらいの時に、どの医療機関を受診されたのか教えてください。

年齢：

医療機関名：

・ご本人とご家族について教えてください。

ご兄弟：

上から順に記入し、ご健在の兄弟に○をつけてください。また何人兄弟の何番目ですか？

(例→兄、本人、妹 3人兄妹の2番目)

ご本人は 人兄弟姉妹の 番目

最終学歴と教育年数：

学校名→

教育年数 年

結婚歴： ある・ない

※どちらかに○をつけてください。

子ども： いる・いない

※お子さんがいらっしゃる方は下記ご記入ください。

続柄	年齢	居住地	同居の有無	健在・死亡	子どもの結婚歴・同居家族
			同居・別居	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供 人
			同居・別居	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供 人
			同居・別居	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供 人
			同居・別居	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供 人

血縁のご家族に認知症、脳血管関連のご病気、精神科にかかれた方はおられますか？

いる・いない

※おられる方は下記ご記入ください。

続柄	病名
	認知症・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・その他_____） 精神科疾患（_____）
	認知症・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・その他_____） 精神科疾患（_____）
	認知症・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・その他_____） 精神科疾患（_____）
	認知症・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・その他_____） 精神科疾患（_____）

職歴： (例 建設業 20歳から60歳まで など)

歳～ 歳

歳～ 歳

歳～ 歳

趣味：

※あれば教えてください。

信仰： _____ ※あれば教えてください。

利き手： 右・左 _____ (矯正後 _____)

乗り物の運転：自動車・バイク・自転車 _____ ※あれば○をつけてください。

介護保険とサービス利用状況：

介護認定は受けていますか？ _____ ※当てはまるものに○をつけてください。

申請中

未申請

要支援1

要支援2

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

担当ケアマネージャーさんについて教えてください。

お名前 _____

所属 _____ (居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなど)

ご連絡先 _____ 携帯でなくとも事業所の番号でも構いません。

現在、ご使用中のサービス _____ ※当てはまるものに○をつけてください。

デイサービス

通所リハビリ

ショートステイ

レスパイト

訪問看護

訪問介護

訪問リハビリ

訪問入浴

小規模多機能型居宅介護

ご本人の現在の体調：

_____ ※当てはまるものに○をつけてください。

(1) 食欲 _____ よく食べる・今までと変わらない・あまり食べれない・食べない

(2) 睡眠 _____ いつも寝ている・変わらず眠れる・あまり眠れない・眠れない

(3) 便通 _____ 1週間に _____ 回くらい

便秘気味・普通・下痢気味

患者さまの日常生活について、普段からよくご存じの方がおられる場合、
下記ご記入ください。分かる範囲で構いません。

※下記、当てはまるものに○をつけてください。

全	ほ	時	よ	常
く	ぼ	々	く	に
な	な	あ	あ	あ
い	い	る	る	る

同じことを何度も聞く、何度も話す					
よく物をなくす、置き場所を変える、隠す					
日常的な物事に関心を示さない					
特別な理由なく夜中に起きている					
人に言いがかりをつける					
むやみやたらに歩き回る					
日中、寝ていることが多い					
同じ動作をいつまでも繰り返す					
言葉や行動が乱暴になることがある					
季節性のない服装をしている（夏場に冬服など）					
これまで受けていた世話を嫌がる					
部屋に物を溜め込む、捨てられない					
引き出しやタンス内の物を全部出す					
ぼーっとしたり、ハッキリしたりしている					
ない物が見えたり、聞こえたりしている					
手足の震えが出るようになった					
歩みにくい、身体を動かしにくそう					
就寝中、大声を出すなど異常な行動がある					
臭いが分からなくなった					
お風呂に何日も入らない					
お金やお薬の管理ができなくなった					