

「物忘れ」のため診察を受けられる方へ

片倉町あかり脳神経内科・内科クリニック

あなたの症状を理解するために、わかる範囲で以下の質問に答えを記入、または当てはまる文章の前の□にチェックを入れてください

おなまえ
お名前: _____ 性別: □男・□女

年齢: _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所: 〒 _____

電話: _____

身長: _____ cm, 体重 _____ kg 出生地: _____

兄弟姉妹: □なし, □あり(_____ 人同胞の _____ 番目)

利き腕はどちらですか?: □右利き・□左利き

記入者氏名: □本人・□本人以外: _____ (続柄: _____)

*まず、次のいずれかにチェックをしてください

- 今回の受診は
- 自分自身の希望で来た.
 - 本人・家族両方の希望で来た.
 - 家族の希望で来た. 本人は希望していない.
 - かかりつけ医や知人など家族以外の勧めで来た

* いつごろから、物忘れがはじまりましたか?(_____)

* 血縁のある親族の中で、認知症を指摘された方はいますか?

- いない
- いる→続柄: _____, 発症年齢: _____, 診断名: _____

* いままでかかった主な病気とその経過についてお書きください

- 特にない
- ある:(_____)

* 現在、常に服用している薬がありますか?

- ない
- ある→お薬手帳をお持ちですか? 持っている 持っていない

* お薬手帳をお持ちの方は、内容の確認のためお預かりします。

お持ちで無い方は、わかる範囲で薬の内容を記入してください。

(_____)

次のページがあります

* 喫煙はしますか？

しない

する→(_____歳から _____歳まで, 一日 _____本くらい)

* 飲酒はしますか？

しない

する→(_____歳から _____歳まで, 一日日本酒 _____合,
焼酎 _____合, ウイスキー水割り _____杯, ビール _____本,
その他 _____)

* 介護保険認定を受けていますか？

受けていない

受けている→()内の当てはまる区分に○印をつけてください

(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

* あなたの生活背景や, 現在の状態についてお聞きします.

●あなたのもともとの性格傾向はどのようなものですか(複数チェック可)？

几帳面 おおざっぱ 内向的 社会的

短気 のん気 その他(_____)

●学歴についてお聞きします. 最終学歴, 卒業の有無をお知らせください

★小学校 中学校 高校 短大

大学 大学院 専門学校

★卒業 中退

●職業歴と仕事の内容(営業職, 事務, 主婦など)を教えてください

★ _____歳～ _____歳: 内容(_____)

★ _____歳～ _____歳: 内容(_____)

★ _____歳～ _____歳: 内容(_____)

●結婚歴について教えてください: あり なし

(ありの場合) 結婚(_____歳) 離婚(_____歳)

死別(_____歳) 子供: _____人

●現在の状況と同居している家族構成を列記してください

同居(_____)

同居しているが日中は独居になる 独居

●最近の生活環境に変化はありますか？

ない

ある

引越し 同居 別離 死別

その他(_____)

次のページがあります

●今まで続けてきた趣味や役割を最近止めてしまったことがあれば、記載してください

●日常生活の状態について教えてください

- 交通機関などを利用して外出できる
- 買い物など隣近所に外出できる
- 家事全般を普通に行えている
- 入浴、排泄、更衣など身の回りのことは自立している
- 入浴、排泄、更衣、移動など身の回りのことに一部介助を要する
- 入浴、排泄、更衣、移動など身の回りのこと全般に介助を要する
- ほぼ寝たきり状態である

* 現在気になっている症状についてお聞きします。別紙チェックシート(日常生活で何かお気づきのことはありませんか)のあてはまる項目の□にチェックをつけてください
(別紙をご参照ください)

* 疾患の説明についてご希望があればお書きください

- すべて話してほしい
- 本人には伝えないでほしい
- その他: _____

* 他に何か伝えたいことがありましたらご記入ください

* MRIなどの諸検査を行う可能性があるため、下記の事柄についてお答えください
これまでにMRI検査を受けたことがありますか？

ない ある(____年頃施行, 部位_____)

●身体の中に手術や処置で金属(義歯は除く)が入っていますか？

ない ある

「ある」と答えた方にお聞きします

★心臓ペースメーカーが入っていますか？

ない ある(____年頃施行)

★脳動脈瘤や心筋梗塞の治療でクリップやステントがはいっていますか？

ない ある(____年頃施行)

★骨折手術時の金属プレートや人工関節が入っていますか？

ない ある(____年頃施行, 部位 : _____)

次のページがあります

日常生活で下記のことにお気づきではありませんか？
 あてはまることがありましたら、□をチェックしてください。



<input type="checkbox"/> 家計を 管理できない	<input type="checkbox"/> 買い物で 必要なものを 必要なだけ買うこ とができない	<input type="checkbox"/> 買い物で お金を正しく 払えない	<input type="checkbox"/> 物事の段取りを つけられない
<input type="checkbox"/> 状況にあった 服装を選べない	<input type="checkbox"/> 毎日の入浴を 忘れることが ある、嫌がる	<input type="checkbox"/> 一人で買い物が できない	<input type="checkbox"/> 感情や行動、 睡眠が不安定
<input type="checkbox"/> 一人で服を着る ことができない	<input type="checkbox"/> 体をうまく 洗えない、 一人でうまく 入浴できない	<input type="checkbox"/> トイレの水を流す のを忘れたり、 きちんと拭くのを 忘れたりする	<input type="checkbox"/> 尿失禁、便失禁が 見られる

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが診察時間まで今しばらくお待ちください

(本ページは鳥取大学医学部保健学科 生体制御学講座 教授 浦上 克哉先生監修資料を改変)