

記入年月日 年 月 日

* 「物忘れ」の診察を受けられる方へ *

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

フリガナ

お名前 _____

記入者氏名 本人 本人以外 _____ (続柄 _____)

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

身長 _____ cm 体重 _____ kg 出生地 _____

・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

・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

・いつごろから、物忘れが始まりましたか?(_____)

・血縁のあるご親族の中で、認知症を指摘された人はいますか?

- いいえ
はい→続柄 _____ 発症年齢 _____ 診断名 _____

・今までにかかった病気はありますか? 「はい」と答えた方はその経過についてお書きください

- いいえ
はい(_____)

・常に服用している薬がありますか?

- いいえ
はい→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、内容確認のためお預かりします
お持ちでない方は、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？

吸ったことがない

やめた ____歳から____歳まで、一日____本くらい

吸っている 一日____本____年間

・飲酒はしますか？

飲まない

飲む 一日 日本酒____合、焼酎____合、ウィスキー水割り____杯、ビール____本
その他 _____

・介護保険認定を受けていますか？

いいえ

はい→()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

ない

ある→結婚(____歳) 離婚(____歳) 死別(____歳) 子供(____人)

・最近の生活環境に変化はありますか？

いいえ

はい→引っ越し 同居 別居 死別 その他(_____)

・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

・難聴はありますか？

- いいえ
- はい(補聴器使用 なし あり)

<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>

・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？

- いいえ
- はい 心臓ペースメーカーや植え込み型除細動器
- 脳動脈瘤や心筋梗塞のクリップやステント
- 骨折手術時金属プレートや人工関節
- その他 _____

・疾患の説明についてご希望があればお書きください

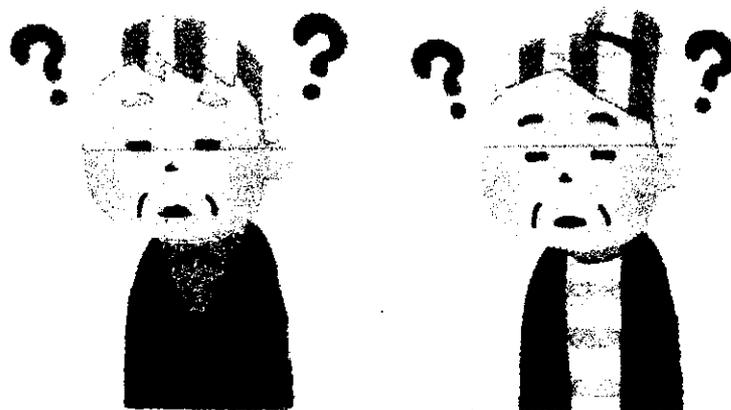
- すべて話してほしい
- 本人には伝えないでほしい
- その他 _____

・他に何か伝えたいことがありましたらご記入ください

・最後に4枚目の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)

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)