もの忘れ外来(認知症専門外来)を受診される患者さんと同伴者の方へ

以下の問診票にご記入のうえ、ご返送ください。

受診予約日の1週間前までに郵送もしくは当院医事課に直接お持ちください。

認知症の診断や治療、ケアのための大切な情報となりますのでご理解・ご協力のほどお願いします。

郵送先：　〒５６９－１０４１　高槻市奈佐原 4-10-1 新阿武山病院　地域連携室　　宛

TEL：0570-084-111　FAX：072-693-3029

受診予約された日：　　年　　月　　日（　）午前 ・ 午後　　時　　分　担当医

患者さまのお名前　　様（ 男 ・ 女 ）　生年月日（大・昭・平　　年　　月　　日）

ご記入日　　年　　月　　日　記載者：　　《続柄　　》

(1)個人やその生活歴に関する項目

①ご出身はどちらですか(例：大阪府高槻市)

_____

②何人兄弟の何番目ですか(例：３人兄弟の１番目、長男)

_____

③元来の性格や気質はどんな傾向がありますか

_____

④世帯構成と所在について、以下から該当するものを〇で囲んでください

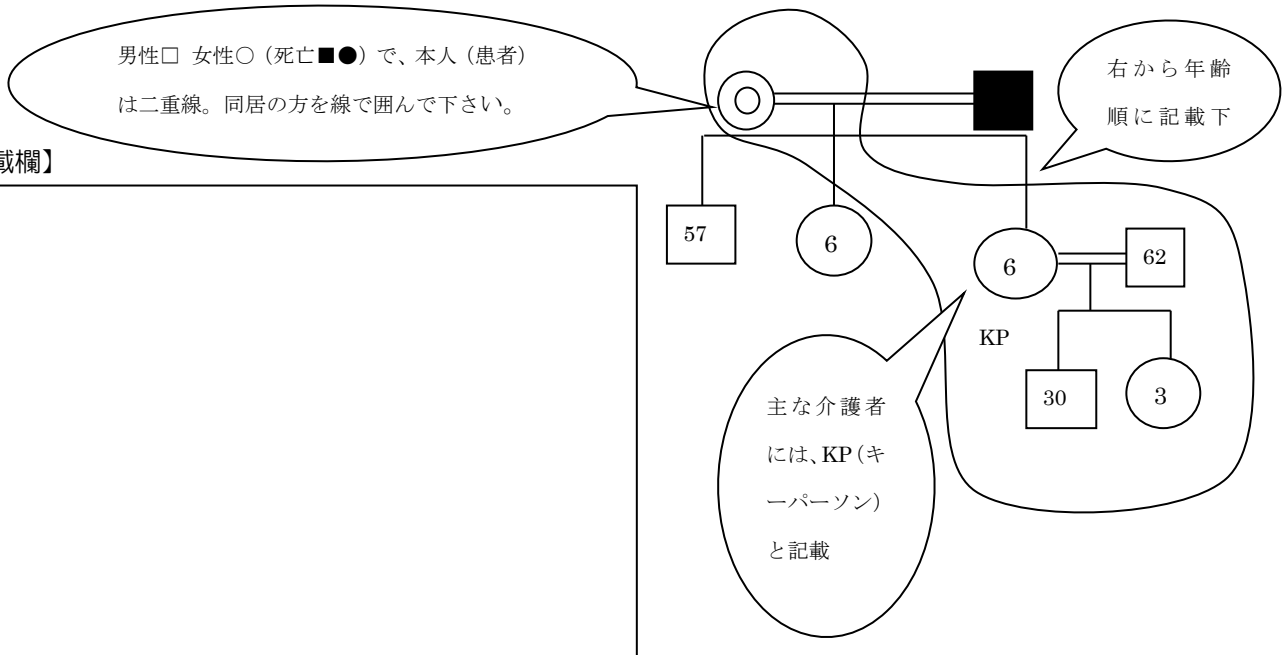
世帯構成⇒　独居 ・ 夫婦のみ ・ 子供やその家族と同居 ・ その他（　　）

所　在　⇒　在宅 ・ 施設または病院（施設・病院名　　）

主な介護者の住まい　⇒　同居 ・ 徒歩圏内 ・ 同市内 ・ 同府県内 ・ その他（　　）

⑤家族構成について、右の図を参考に作成してください（同居の方は線で囲んでください）

【記載欄】



⑥最終学歴(例：中学校卒)

⑦職業(例：建設会社で営業の仕事を６５歳までしていた)

⑧お酒は飲まれますか(以下から該当するものを選んで、記入してください)

・飲まない

・過去に飲んでいた

(例：５年前まで、日本酒を週３日ほど、１日３合くらい)

・現在も飲んでいる(お酒の量と頻度を教えて下さい)

(2)病歴について

①ケガや病気で入院または手術などをしたことがありますか

(例：６８歳の時、脳梗塞で〇〇病院に３ヶ月入院した)

②現在治療中の病気がありますか

いいえ　・　はい(　　)

③現在、何か薬を飲んでいますか

いいえ　・　はい(　　)

④現在かかりつけの医師はおられますか

いない　・　いる(　　病院・医院)

※薬を処方してもらっている医師がいる場合、主治医の診療情報提供書を忘れず持参してください。
※お薬手帳または薬剤情報提供書などがあれば持参してください。
※上記が持参できない場合は、服用中のお薬を持参してください。

(3)もの忘れなどの症状について

①現在どのような症状がありますか(またはどのようなことで一番お困りですか)

②それはいつ頃から見られるようになりましたか

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿くらい前から

③もの忘れ以外で、他に気になることはありますか(どんな些細なことでも結構です)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④以下から該当するものを選び、ご記入ください（わからない場合は空けておいてください）

☆同じことを何度も繰り返し聞かれることがありませんか

・ない

・ある→（再度説明した時、以前に聞いたことを思い出せますか→ 思い出せない ・ 思いだせる ）

☆物をよく探していることはありませんか、また盗られたと訴えることがありませんか

・ない　・ある→具体的に… ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆普段の歩き方や日常生活の動作にぎこちなさはありませんか

・ない　・ある→具体的に… ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆怒りっぽくなった、あるいは以前の性格と変わったと思うことはありませんか

・ない　・ある→具体的に… ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆興味や関心、意欲の低下はありませんか

・ない　・ある→具体的に… ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆過去に転倒したことはありませんか

・ない　・たまに　・よく転倒する

☆夜中寝ているときに大声をあげたり、騒いだりすることはありませんか

・ない　・ある→具体的に… ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆日中意識がはっきりしている時と、そうでない時とが周期的に見られることはありませんか

・ない　・ある→具体的に… ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆見えないものが見える・誰かがいると言う・独り言を話すなどはありませんか

・ない　・ある→具体的に… ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆食行動の異常は見られませんか(例えば、味付けの好みが変わった、食欲が旺盛になったなど)

・ない　・ある→具体的に…　）

(4)介護保険などのサービスについて

①現在介護認定は受けていますか

・受けていない

・受けている(右から選んで〇で囲んでください)　要支援１　・　２　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５

② 上記で「受けている」と答えた方にお聞きします。

担当のケアマネジャーの方はどなたですか

事業所名　　担当ケアマネジャー名

現在どのような介護サービスを利用していますか

(例：デイサービスを週２回(月・木)、ショートステイを月に４日など)

（5）ご家族の介護状況について

①普段、患者様に対しどのような支援をなさっていますか（該当する項目を〇で囲み、ご記入ください）

- 同居者が日常的に支援している。
- 毎日・週・月・年　に　　回様子を見に行っている。
  主に対応されている方はどなたですか　お名前　　関係性
- 毎日・週・月・年　に　　回電話をしている。
  主に対応されている方はどなたですか　お名前　　関係性

（6）その他、受診の際に医師に相談したいことがあればご自由にお書きください

ご協力ありがとうございました

新阿武山病院