

ものおすれ外来問診票

紹介状 あり・なし ROM あり・なし

氏名 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 年齢 歳 男・女

住所 (〒 -) 電話

記入者氏名 続柄 家族携帯 (続柄) ()

介護保険取得していますか? いいえ・はい → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

物忘れの症状はいつ頃からですか? 年 月頃から

飲酒しますか? いいえ・はい → 週 日ぐらい・月 日ぐらい・機会飲酒のみ

精神科や神経科にかかったことがありますか? (ある・ない・現在通院中)

年 月 ~ 年 月 医療機関名 診断

以下の項目のうち、あなた(記入者)から見て 患者様に当てはまると思う番号を囲んで下さい。

		全 く な い	ほ と ん ど な い	時 々 あ る	よ く あ る	常 に あ る
1.	同じことを何度も聞く。	0	1	2	3	4
2.	よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり隠したりする。	0	1	2	3	4
3.	日常的な物事に関心を示さない。	0	1	2	3	4
4.	特別な理由がないのに夜中起きだす。	0	1	2	3	4
5.	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける。	0	1	2	3	4
6.	昼間、寝てばかりいる。	0	1	2	3	4
7.	やたらに歩き回る。	0	1	2	3	4
8.	同じ動作をいつまでも繰り返す。	0	1	2	3	4
9.	口汚くののしる。	0	1	2	3	4
10.	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする。	0	1	2	3	4
11.	世話されるのを拒否する。	0	1	2	3	4
12.	明らかな理由なしに物を貯め込む。	0	1	2	3	4
13.	引き出しやタンスの中身を全部出してしまう。	0	1	2	3	4
14.	幻視幻聴がある。 具体的に⇒	0	1	2	3	4

★下記に該当するものがありましたら○をつけて下さい。

ペースメーカー装着・人工内耳装着・脳動脈瘤クリッピング術後・刺青(眉毛、アイライン含む)、
体内金属・補聴器・インプラント・喘息の既往

ご家族様から見て、ご本人が日常生活や社会生活でお困りになる事はどんな事ですか?

()