

物忘れ問診票（ご家族・介護者用）

患者様のお名前 _____

問診票記入者のお名前 _____

患者様とのご関係（ _____ ）ご家族の場合（同居・別居）

物忘れにお気づきになったのはいつ頃ですか？またそのきっかけになる出来事がありましたか？

いつ頃：

出来事：

今、一番困っておられる症状はどのようなことですか？

血のつながりのあるご家族で、物忘れの方が：いる・いない

祖父・祖母・父・母・兄弟（ _____ ）・その他（ _____ ）

今までに次のような病気にかかったり治療を受けた事が：ある・ない

交通事故、頭のけが・脳卒中・高血圧・糖尿病・高脂血症・動脈硬化症・心臓病・肝臓病・腎臓病・胃腸病・性病・甲状腺の病気・その他の内分泌(ホルモン)の病気・神経症・自律神経失調症・うつ病・アルコール依存症

本日受診された理由は？（複数可）：

- 1) 認知症を心配して：ご本人が・周りの方が（ _____ ）
- 2) 脳の精密検査を希望
- 3) 物忘れの治療を希望
- 4) 人に勧められて：どなたからですか？（ _____ ）
- 5) その他（ _____ ）

「物忘れ」で今までに専門医療機関を受診されましたか？：はい・いいえ

受診された医療機関： _____（ _____ ）科

介護保険制度を利用されていますか？：はい・いいえ

要介護度：要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5

ケアマネジャー：事業所（ ）

担当者（ ）

利用されているサービス：デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護

その他（ ）

その他、気になること・相談したいことがあればお書きください。