**東京武蔵野病院 「もの忘れ外来」 問診票**

**フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦**

**お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女　　　　　　　　　年　　　月　　　日**

**質問１：　当院の 「もの忘れ外来」 はどのようにお知りになりましたか？**

**かかりつけ医の紹介　　　 　 知人の紹介　　　 当院に通院中　　　 当院のホームページ**

**その他　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**質問２：　本日の受診の目的は何ですか？**

**診断　　　　　　治療　　　　 その他　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**質問３：　現在、どなたかと一緒にお暮しでしょうか？**

**はい　[　配偶者　　子ども　　親　　孫　]　　　　　　　　　　　　　　　　　　いいえ**

**その他　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**質問４： 現在のお住まいについて教えてください。**

**自宅　[一戸建　　マンション・アパート等　]　　　　　施設　[具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**質問５：　現在、お仕事はしていらっしゃいますか？**

**している [　内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]　　　　　　していない**

**質問６：　現在治療中の病気はありますか？**

**ある　[　病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]　　　　　　ない**

**質問７：　現在服用中のお薬はありますか？**

**ある　[　お薬の名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**ない**

**＜裏面もございますので、よろしくお願いします＞**

**質問８：　過去に治療された病気がありましたらご記入ください。**

**[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**質問９：　現在の日常生活の動作についてお答えください。**

**１）　着替えは一人でできますか？　　　　　　　　　　　　　　はい　　　　　　　　　いいえ**

**２）　入浴は一人でできますか？　　　　　　　　　　　　　　　はい　　　　　　　　　いいえ**

**３）　トイレは一人で行けますか？　　　　　　　　　　　　　　　はい　　　　　　　　　いいえ**

**４）　買い物は一人でできますか？　　　　　　　　　　　　　　はい　　　　　　　　　いいえ**

**質問１０：　現在、どのような　“もの忘れ” やその他の症状が気になっていらっしゃいますか？**

**□　物の名前が思い出せない。**

**□　計算の間違いが多くなった。**

**□　薬の管理ができなくなった。**

**□　以前よりひどく疑い深くなった。**

**□　水道の蛇口やガスの元栓の閉め忘れ。**

**□　何度も同じことを言ったり、尋ねたりする。**

**□　しまい忘れや置忘れがある。**

**□　慣れている場所で道に迷うことがある。**

**□　時間や場所の感覚が不確かになってきた。**

**□　夜中に寝ぼけて騒いだことがある。**

**□　以前あった物事への関心や興味が失われた。**

**□　お金や物を盗まれたといって騒いだことがある。**

**その他　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**質問１１：　“物忘れ” やその他の症状に、いつ気づかれましたか？**

**[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

**質問１２：当院からのお知らせやご案内の郵送や電話を希望されますか？**

**郵送　　　　希望する　　　希望しない**

**電話　　　　希望する　　　希望しない**

**＜以上です。ご協力ありがとうございました。＞**