

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、よろしくお願ひします>

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?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 何度も同じことを言ったり、尋ねたりする。 | <input type="checkbox"/> 物の名前が思い出せない。 |
| <input type="checkbox"/> しまい忘れや置忘れがある。 | <input type="checkbox"/> 計算の間違いが多くなった。 |
| <input type="checkbox"/> 慣れている場所で道に迷うことがある。 | <input type="checkbox"/> 薬の管理ができなくなった。 |
| <input type="checkbox"/> 時間や場所の感覚が不確かになってきた。 | <input type="checkbox"/> 以前よりひどく疑い深くなった。 |
| <input type="checkbox"/> 夜中に寝ぼけて騒いだことがある。 | <input type="checkbox"/> 水道の蛇口やガスの元栓の閉め忘れ。 |
| <input type="checkbox"/> 以前あった物事への関心や興味が失われた。 | |
| <input type="checkbox"/> お金や物を盗まれたと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。>