

市立病院前 老年内科メモリークリニック  
もの忘れ外来 問診票

令和 年 月 日

受診される方	フリガナ お名前
性別	男 ・ 女
ご住所	〒
電話番号	
記入されている方	フリガナ お名前
受診される方とのご関係	
日中連絡できる電話番号	
メールアドレス	

症状についてお尋ねします。下記についてお答え下さい。

1.最も気になる症状についてお書き下さい。

2.その症状はいつ頃から明らかになりましたか？

3.症状の経過は

- どんどん進行している
- ほとんど進行していない
- 症状に波がある

※裏面もありますので、ご記入をお願い致します。

#### 4.以下に当てはまる症状はありますか？

- 体験したことを覚えていない
- これまで出来ていた家事や仕事の手順が分からない
- 慣れている場所で迷子になる
- これまでやっていた趣味をやらない、興味を失っている
- ふさぎ込んでいる
- 怒りっぽい
- 他の人への気配りが出来ず自分勝手になった
- 万引きをする
- 性器を露出する
- 交通違反を繰り返す
- 戸外での排泄を繰り返す
- 決まった時刻に外出し、同じルートを歩いて帰宅する
- 口当たりの良いものばかり食べる
- 単語の意味が分からなくなった
- 流暢に会話できなくなった
- ボーっとしているときがあり、その時の記憶がない
- 四肢のどこかに麻痺がある
- 手が震える
- 転びやすい
- すり足で歩く
- 居ないはずの人が見えると言う
- 事実ではないことが起きている、あるいは起きたと言う
- はっきりとした寝言を言う
- 寝相が悪い
- 就寝したはずなのに起き出して何かしている
- 立ちくらみがある
- 頻繁にめまいを訴える
- トイレの失敗が週の半分以上ある

上記以外で症状があればご記入下さい

※2枚目が御座います。引き続きご記入をお願い致します。

**5.精神科で認知症以外の病気で治療を受けていますか？**

**6.現在通院治療中の身体の病気があればお書き下さい。**

※治療中の方はお薬手帳をご用意下さい。

**7.介護保険の申請をしていますか？**

申請している場合は主治医の名前・医療機関名と介護度をお書き下さい。

主治医：

医療機関名：

介護度：

**8.これまで治療したことのある病気や手術した病気があればお書き下さい。**

**9.現在、あるいはこれまでにしていたご職業をお書き下さい。**

**10.最終学歴をお書き下さい。**

※裏面もありますので、ご記入をお願い致します。

**11.お食事は3食摂っていますか？**

はい いいえ

**12.睡眠は満足にとれていますか？**

はい いいえ

**13.睡眠時間を教えてください：**

**14.飲酒についてお答え下さい**

しない 年に数回 月に数回 週1～2回 週の半分以上 ほぼ毎日  
飲酒される方は主に飲むお酒、飲み方、量をお書き下さい

**15.喫煙はしますか？**

しない

する 何歳ごろから喫煙していますか？： \_\_\_\_\_ 歳 1日何本ですか？ \_\_\_\_\_ 本

以前はしていた 何歳から何歳までですか？： \_\_\_\_\_ 歳 1日何本でしたか？ \_\_\_\_\_ 本

**16.ご家族について教えてください。何人兄弟の何番目ですか？：**

**17.ご結婚は：** 未婚 既婚 子供の人数： \_\_\_\_\_ 人

**18.ご両親はご健在ですか？** はい いいえ

亡くなれている場合は病名を教えてください：

**19.血縁の方で、もの忘れの病気になった方はいますか？** いる いない

いらっしゃる場合は続柄を教えてください：

**20.血縁の方で、パーキンソン病を診断された方はいますか？** いる いない

いらっしゃる場合は続柄を教えてください：

**21.血縁の方で精神の病気で診断されたり、治療を受けた方はいますか？**

いる いない

**22.同居している方はいますか？** いる いない

質問は以上になります。ありがとうございました。