

# 問 診 票 (もの忘れ)

記入日: 年 月 日

フリガナ 患者氏名:  生年月日: 年 月 日 年齢: 歳	フリガナ 記入者氏名:  続柄:
---	---------------------------

1. 今の症状を教えてください。

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> もの忘れ(同じことを何度も話すなど) | <input type="checkbox"/> 幻が見える    |
| <input type="checkbox"/> やる気がなくなった          | <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった |
| <input type="checkbox"/> 動作が遅くなった           | <input type="checkbox"/> 夜中に暴れる   |
| <input type="checkbox"/> その他                |                                   |

{ }

2. 「体」の不調はありますか？

- |                                      |                                     |                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手足がうまく動かせない | <input type="checkbox"/> うまく話せない    |                                    |
| <input type="checkbox"/> 皮膚の症状       | <input type="checkbox"/> 息苦しさ(動いたら) | <input type="checkbox"/> 「体」の不調はない |
| <input type="checkbox"/> その他         |                                     |                                    |

{ }

3. 現在、生活で困っていることを教えてください。  困っていることはない

- |  |                                       |                                 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家族にもの忘れを指摘される | <input type="checkbox"/> 物の場所がわからなくなる | <input type="checkbox"/> 夜に眠れない |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある     | <input type="checkbox"/> 食事がとれない      | <input type="checkbox"/> 道に迷う   |
| <input type="checkbox"/> その他           |                                       |                                 |

{ }

4. アルコールはどのくらい飲まれますか？

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 毎日(休肝日なし) | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日(休肝日あり)         |
| <input type="checkbox"/> 週1日~3日    | <input type="checkbox"/> 機会がある時に             |
| <input type="checkbox"/> 全く飲まない    | <input type="checkbox"/> アルコール依存症と診断されたことがある |

5. 今の生活の様子を教えてください。

- ほぼ毎日、外出している
- 週に1~3回程度は外出している
- ほとんど外出せずに自宅にいる
- 家事などは問題なくできる
- 家事はできないが、食事、トイレ、入浴はできる
- 日常生活に介助が必要
- ほとんどベッド上で生活している