

もの忘れ外来 問診票

(この問診票は、香取おみがわ医療センターで定めた利用目的の範囲内で利用します。)

☐ MMSE執行済 (/) ☐ 佐久間先生予約、MMSE施行予定

患者氏名： _____ 年齢 _____ 歳

☐ 男性 ☐ 女性 職業 _____

この問診票を記入した方 ☐ 本人 ☐ 家族 (本人との関係 _____)

1 もの忘れ外来を受診した理由を教えてください。

☐ もの忘れが心配で ☐ 脳の精密検査希望 ☐ もの忘れの治療希望
☐ その他 (_____)

2 もの忘れの症状についてお聞きします。

年 _____ 月頃からもの忘れがひどくなった

3 もの忘れの症状についてどこかの病院で受診したことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい → いつ頃、どこで受診しましたか？

_____ 年 _____ 月頃

医療機関名 _____

治療内容 _____

処方薬 _____

4 もの忘れ以外に気になる症状はありますか？

☐ 特になし ☐ 幻覚 ☐ 幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 徘徊
☐ 昼夜逆転 ☐ 薬の飲み忘れ ☐ その他 (_____)

5 今までに罹った（かかった）病気を教えてください。

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ がん
☐ 心筋梗塞 ☐ 狭心症 ☐ その他 (_____)

6 現在飲んでいる薬がありましたら教えてください。

薬の名称 _____

(お薬手帳があれば持参してください。)

7 介護保険の要介護認定は受けていますか？

- ☐ 受けていない ☐ 申請中 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2
☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5

8 ケアマネージャーがいたら教えてください。

施設名 _____

ケアマネージャー名 _____

9 現在、利用している介護サービスを教えてください。

- ☐ 利用していない ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴介護
☐ 訪問リハビリ ☐ 居宅療養管理指導 ☐ 通所介護（デイサービス）
☐ ショートステイ ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 通所リハビリ
☐ その他（ _____ ）

10 お酒はのみますか？

- ☐ いいえ ☐ はい → 【 ☐ 時々のみ（週 _____ 日程度） ☐ 毎日のみ 】
飲酒日 1 日あたりの飲酒量 ビール、日本酒、焼酎、ワイン
ウイスキー、その他（ _____ ） _____ ml・本

11 たばこは吸いますか？

- ☐ いいえ ☐ はい → 【 1 日の本数 _____ 本 】
何歳から吸っていますか？ _____ 歳ころから

12 患者さんの日常生活度を教えてください。

- ☐ 日常生活はほぼ自立しており、一人で近所を外出できる
☐ 交通機関を利用して一人で外出できる（J1）
☐ 日常生活はほぼ自立しており、隣近所へ一人で外出できる（J2）
☐ 屋内での生活は概ね一人で行えるが介助により外出ができ日中はほとんどベッドから離れて生活できる（A1）
☐ 外出はほとんどなく、日中も寝たり起きたりの生活をしている（A2）
☐ 屋内での生活は介助が必要であるが、車いすに移乗し食事、排泄はベッドから離れて行える（B1）
☐ 介助により車いすへ移乗することができる（B2）
☐ 一日中ベッド上で過ごし排泄、食事、着替えの介助を要するが、自力で寝返りはうてる（C1）
☐ 一日中ベッド上で過ごし排泄、食事、着替えの介助を要するが、自力で寝返りをすることもできない（C2）

13 患者さんの日常生活自立度について教えてください。

(一番近いものに一つだけチェックしてください。)

- ☐ 認知症症状は有るが、家庭内・社会での日常生活は自立 (I)
- ☐ 認知症症状は有るが、家庭内では大丈夫で、外出先は不安がある (II a)
- ☐ 認知症症状は有り、家庭内でも一人では不安がある (II b)
- ☐ もの忘れ症状は有り、着替え、食事、排泄も介助が必要で、日中の介護が必要である (C2)
- ☐ 身の回りのことが上手にできず、日中の介護が必要である (III a)
- ☐ 身の回りのことが上手にできず、夜間も介護が必要である (III b)
- ☐ 身の回りのことが上手にできず、昼夜を問わず介護が必要である (IV)
- ☐ 問題症状が有り、意思疎通が図れない (M)

14 患者さんと同居している家族を教えてください。

氏名	続柄	年齢	職業

15 別家族で介護に関わる方がいたら教えてください。

氏名 _____ 続柄 _____

16 キーパーソンはどなたになりますか？

氏名 _____ 続柄 _____

ご協力ありがとうございました。