

問診票

ふりがな

患者氏名： _____ 男・女 生年月日： _____ 年 月 日

住所〒 _____ 電話番号： _____

緊急時電話： _____

記入者氏名： _____ (続柄： _____)

I. まず、次のいずれかに○をつけてください： 今日の受診は、

- (1) 自分自身の希望で来た (2) 本人・家族両方の希望で来た
 (3) 家族の希望で、本人を無理に連れて来た (4) 家族以外の人勧めで来た

II. 当院をお知りになったきっかけは、

- (1) 近所だから (2) 新聞・雑誌の広告 (3) 電話帳 (タウンページ)
 (4) 当クリニックのホームページ (5) 当院ホームページ以外のインターネットサイト
 (6) 知人の紹介 (_____ 様より) (7) 他の医療機関の紹介 (病院名： _____)
 (8) 介護担当者の紹介 (事業所： _____) (9) その他 (_____)

III. 今日の受診で特に相談したいこと、期待することを列記して下さい。

IV. 歳を重ねるごとに、もの忘れが気になりませんか？ しかし、「忘れる」という現象は記憶力低下によるものだけではありません。例えば睡眠不足やうつ状態で心身がくたびれた場合にも、注意力低下にもなって「うっかり」「ど忘れ」がみられます。同じように見える「もの忘れ」でも、その背景となる問題がどこにあるのか、ということによってそこから先の経過は大きく異なると言えます。

今回の受診は、脳の働きを詳しく調べるせっかくの機会ですので、もしかしたら認知症につながる兆しがないかどうか、という視点に加え、認知症と紛らわしい症状がないかどうか、という視点からも検査を進めてまいります。

それでは、以下の質問にお答え下さい。当てはまる項目にチェック を付けて下さい。

「もの忘れ」

- 大事なものを置き忘れて、探し回ることが増えましたか
 知人の名前を思い出せないことが増えましたか
 「さっきも聞いた」と同じ話の繰り返しを指摘されますか
 大事な約束をすっぽかしてしまったことがありますか
 新しい電化製品の操作や新しい作業の手順がなかなか身に付かないと感じますか

「状況を正しく認識する力（見当識）」

- 日付や曜日があやふやになり、カレンダーや新聞で確認することが増えましたか
- しばらく前にあった出来事がどれくらい前のことか期間の感覚が曖昧になりましたか
- 慣れない場所で、もと来た道が分からなくなって迷うことがありましたか
- 顔なじみの人と会っても誰だか分からないということがありましたか

「状況に正しく対処する力（判断力）」

- 緊急事態が起きた時（停電、水漏れ、急用での外出など）に適切に対処することが難しいですか
- 適切に買い物することが難しいですか（買い忘れ、買いすぎ、小銭を使いこなせない、など）
- 毎日の日課でも判断がぶれて混乱することがあります

「出来なくなったこと（失行・失認）」

- 今まで使い慣れた道具（リモコンや電話など）の操作に戸惑うことがありますか
- 計算が苦手になりましたか
- 字をうまく書けなくなりましたか
- 話す時に、言葉が思い浮かばず、「あれ」「これ」と言いよどむことが増えましたか
- 聞いた言葉の意味がすぐに思い浮かばず、会話についていけないことがありますか

「順序立てて実行する力」

- 同時に複数の作業を行うとき、一方がおろそかになってしまうことがありますか
- 作業の手順が分からなくなって混乱することがあります
- 作業中に別のことが気になって、もとの作業をほったらかしてしまうことがありますか

「性格、行動変化」

- 意欲、活力が低下したと感じますか
- いい加減になったりだらしなくなったりしましたか
- 食べ物の好みが変わったり偏ったりしましたか
- 調子がいい時と悪い時のムラがありますか
- いないはずの人が見えたり揺れるカーテンが人の姿に見えたりする錯覚がありますか

「気分」「睡眠」「自律神経症状」

- ほとんど1日中ずっと気持ちが沈んでいましたか
- 何に対しても興味がわかず、楽しめませんでしたか
- 夜眠れなかったり、睡眠不足で逆に昼間ウトウトしたりしませんか
- 生々しい夢をみて夜中に大声を出したり、起き出したりすることがあります
- 動悸、めまいや立ちくらみが増えませんでしたか。または、最近になって便秘がちですか

「日常生活動作」

- 整理整頓することが難しくなり、部屋の中が散らかっていませんか
- お菓を飲み残したり足りなくなったりして、自分で管理するのが心許ないですか
- 洋服の選び方が季節に合わず不釣り合いになりましたか
- 洋服の着替えに介助が必要ですか
- 入浴やトイレで失敗しないように介助が必要ですか

「介護上のトラブル」(ご本人が記入している場合は、次の設問へお進み下さい)

- 探し物が見つからない時に「盗られたに違いない」と勘ぐったり、疑い深くなったりしましたか
- 怒りっぽくなって、夫婦げんか、親子げんかが絶えませんか
- こだわりの繰り返し行動がみられたり、収集癖がみられたりしませんか
- 徘徊の危険があり、目が離せませんか
- 浪費、高額な契約など財産管理上のトラブルがありますか
- 火の不始末、自動車事故など差し迫った危険の可能性が高いですか

V. ここからは、生活の背景やこれまでの体調管理についてお尋ねします。

- 出身地：
- 兄弟：() 人 同胞の () 番目
- もととの性格傾向はどんなですか (几帳面／おおざっぱ、内向的／社交的、短気／のん気など)

- 学歴についてお答え下さい
卒業した小学校：
最後に卒業した学校 (最終学歴)：
- 仕事に就いた期間と仕事の内容 (営業職、事務、主婦、など) を列記して下さい
歳～ 歳：
歳～ 歳：
- 結婚歴についてお答え下さい： なし あり
結婚 () 歳 離婚 () 年前 死別 () 年前
子供：() 人
- 現在同居している家族構成を列記して下さい

- 最近の生活環境に変化はありますか (引越し、同居、別離、死別など)

- 家庭での役割分担、趣味の時間など現在の生活活動の一部を列挙して下さい
- 今まで続けてきた趣味や役割を最近止めてしまったことがあれば、列挙して下さい
- 血縁のある親族の中で、認知症を指摘された方はいらっしゃいますか

続柄 発症年齢 診断名（分かれば）

- お酒やタバコをのみますか。

飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	→ 1日量：
喫煙	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	→ 1日量：

- 今までにかかったことのある病気についてお答え下さい。

既往症	ありの場合 →		内服治療歴		
高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）
高脂血症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）
心臓病、不整脈	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）
脳梗塞、脳出血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）
甲状腺機能異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）
うつ病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（	歳頃～）
その他の病気：					

- かかりつけ医を教えてください
- 介護認定を受けていますか： なし あり
 要支援 1 / 2 要介護 1 / 2 / 3 / 4 / 5
 担当ケアマネージャー：
 事業所名：
 利用している介護サービス：
- 身長： cm 体重： kg
- 利き手： 右利き 左利き