

物忘れ問診票

お名前 _____

1.困っていることはどんなことですか？（複数回答可）

- 物を置いて場所を忘れる 同じことを何度も聞いてくる
 場所・時間が分からない 道に迷うことが多くなった 怒りっぽくなった
 物を盗られたと思い込む 良いときと悪いときがある
 いない人や動物などが見える やる気がない 同じことを何度もする
 自分勝手なことをする 性格が変わった
 その他(_____)

2.いつごろから症状が始まりましたか？

- (月 日から) / ()日前から ()カ月前から ()年前から

3. 症状はどのように変化していますか？

- 変わらない 良くなっている 悪くなっている

4. 日常生活で介助が必要な動作がありますか？

- 食事 入浴 トイレ 着替え 外出
 その他(_____)

5. 家族構成について教えてください。

- 一人暮らし 家族と同居(同居者の続柄: _____)
 その他(_____)

6. 他院で物忘れに関して診療を受けたことはありますか？

またこの際にどのような病状説明を受けましたか？具体的にお書き下さい。

- はい(_____)
 いいえ

7. ほかに気になることがございましたらご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。