

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

ご記入ありがとうございました。