

もの忘れ外来 問診票

年 月 日

フリガナ

患者氏名： _____ 年齢（ ） 男・女

記入者氏名： _____ (続柄)

家族連絡先： 氏名 _____ (続柄)

携帯電話 - -

電話番号 - -

1. 本日、受診された理由を教えてください。(あてはまるものすべてに✓をつけてください)

- 本人がもの忘れを心配して 家族がもの忘れを心配して 脳の精密検査を希望
 もの忘れの治療を希望 人に勧められて(誰から?)
 その他 ()

2. 現在、どのような症状がありますか？(あてはまるものすべてに✓をつけてください)

- もの忘れ しまい忘れ 探しものが増えた
 同じことを何度も尋ねる・話をする 日付がわからなくなる 親しい人の顔・名前がわからなくなる
 意志の疎通がはかれない 道に迷うことがある ものごとの興味・関心が薄れた
 意欲の低下 外出しなくなった 疲れやすくなった
 動作が鈍い 落ち着きがない 薬を飲み忘れる
 金銭管理ができなくなった 火の消し忘れがある 電気のスイッチの場所がわからない
 身なりに無頓着になった 日中よく居眠りをする 夜眠れない
 怒りっぽくなった 性格が変わった 見えるはずのないものが見える
 大切なものを盗まれたと言う 入浴や着替えを嫌がる 介護への抵抗
 良い時と悪い時の差が激しい 電気機器の使い方がわからない リモコンのボタンの位置がわからない
 買い忘れや同じ物を買ってしまうことがある
 その他

()

3. もの忘れはいつ頃から気になるようになりましたか？また、そのきっかけになった出来事もお教えてください。(ご記入ください)

いつ頃から？ _____

きっかけとなった出来事は何か？

()

もの忘れ外来受診時の注意点

・問診票は来院前にご記入願います。当日、来院時に問診票を記入する場合は、予約時間の1時間以上前に来院してください。

・受診当日は予約時間の30分前までに来院してください。時間に遅れた場合は、次の予約の方が先に診察となり、かなりお待ちします。場合によっては、診察よりも先に検査に行ってください。

・受診日は検査等を含めて、かなり長時間を要することもありますので、他の診療科の予約が入っていない日にしてください。

・原則として、付き添いの方（診察終了まで付き添える方）と来院してください。

・夫婦どちらも受診される場合、初診は別日にさせていただきます。

※手術歴のある方は、体内に金属が入っていないか、入っている場合は種類と型番を、事前に手術を行った病院にご確認ください（MRI検査ができない場合があります）。

【当日の持ち物】

- ・当院の診察券（お持ちの方）
- ・保険証
- ・お薬手帳（お持ちでない方は、服用している全ての薬）
- ・問診票