

もの忘れ外来 予診票

一人で来られた方は患者様御本人が、御家族と来られた方は御家族が記入して下さい。

「何故このようなことを尋ねるのか。」「このようなことを出来るかどうか尋ねること自体失礼。」と感じられる方もおられるかと思いますが、色々な患者様が診察を受けられているという現状があり、より多くの患者様に効率よく診察を受けて頂くため、御協力願えれば幸いです。

(アルファベットでの記載、太字・下線は病院の整理用です。無視して頂いて結構です。)

| | | | |
|---------|-------|--------------|--|
| 患者様の御名前 | | 年齢 | |
| 同伴者の御名前 | 続柄() | 緊急連絡先(自宅・携帯) | |

以下、患者様の症状についてお伺いします。該当する項目に○及びご記入ください。

1 患者様は現在どなたかと一緒に生活されていますか？

- ① 一緒に生活している ア ご主人か奥様 イ 子どもさんあるいはその家族 ウ その他の方
 ② お一人で生活している

2 患者様は介護保険の利用申請をされていますか？

- ① 申請している 現在の介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
 ② 申請していない

3 患者様の主な症状は？

| | | |
|-------|------|--|
| ① 物忘れ | 具体的に | |
| ② その他 | 具体的に | |

4 最初の症状はいつから始まりましたか？

| | |
|---------------|---------|
| 週間 ヵ月 年 | 前から始まった |
|---------------|---------|

5 最近起こったことで、困ったことはなんですか？

6 今まで精神科(心療内科等)を受診したことがありますか？

- ① 物忘れで精神科を受診したことがある
 ② 物忘れ以外の症状で精神科を受診したことがある
 ア どんな症状で(あるいは診断で)受診しましたか？
 イ 何歳ごろから何年位通院しましたか？
 ③ 今まで精神科(心療内科等)を受診したことはない

| | | | | |
|--|-----|-----|------|------|
| 病院名 | | | | |
| 病院名 | | | | |
| 症状等 | | | | |
| <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td>歳から</td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td>年間通院</td> </tr> </table> | | 歳から | | 年間通院 |
| | 歳から | | 年間通院 | |

患者様の今までの病気や今罹っている病気についてお尋ねします。

7 今まで、薬を飲んだり、点滴を受けた後、じんま疹が出たり、呼吸困難になったりしたことがありますか？ (allergy)

- ① ある +

| | |
|-----|--|
| 薬品名 | |
|-----|--|

 ② ない -

8 現在 あるいは過去に以下の病気と言われたことはありますか？

| | | | |
|-------------------|---------|------------------|------|
| ① 糖尿病 | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ② 高血圧 | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ③ 高脂血症 | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ④ 脳梗塞 | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ⑤ 心不全 | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ⑥ 不整脈 | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ⑦ 閉塞性肺疾患 (肺気腫) | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ⑧ 緑内障 | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ⑨ 腎機能障害 | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |
| ⑩ てんかん (けいれん) | ア 現在治療中 | イ 過去に治療または指摘を受けた | ウ ない |

9 7.8で書いていただいた以外に現在治療受けている病気はありますか？

(当院の他科に通院の方も記載して下さい。)

- ① ある +

| | | | |
|----|--|---------|--|
| 病気 | | 通院医療機関名 | |
| 病気 | | 通院医療機関名 | |
| 病気 | | 通院医療機関名 | |

- ② ない -

10 今まで手術や特別な治療（放射線治療等）を受けたことがありますか？

① ある +

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 手術・処置 | | 医療機関名 | |
| 手術・処置 | | 医療機関名 | |

- ② ない -

11 今患者様が飲んでいるお薬はありますか？ (present prescription)

① ある +

| | | | |
|-----|--|-------|--|
| 薬品名 | | 医療機関名 | |
| 薬品名 | | 医療機関名 | |
| 薬品名 | | 医療機関名 | |
| 薬品名 | | 医療機関名 | |

- ② あるが今は分からない【できましたら、次回までにお薬手帳の持参をお願いします】

- ③ ない -

12 患者様は心臓にペースメーカーが入っていたり、手術で体の中に金属が入っていたりしますか？

① ある + ア ペースメーカー

イ 金属

| | | | |
|------------|--|-------------|--|
| 部位 (場所) | | 理由 (骨折等) | |
|------------|--|-------------|--|

② ない -

患者様の生活習慣について伺います。

13 患者様はお酒を飲まれますか？ (alcohol)

① かなりの量を飲んでいる (heavy drinker)

② 時折飲んでいる (occasional drinker)

ア ①または②と答えられた方は
どんな種類のお酒をどれ位飲んでいきますか？

| | | | |
|----|--|------|--|
| 種類 | | 一日平均 | |
|----|--|------|--|

③ 以前は飲んでいましたが最近では飲んでいません。(history of drink)

ア 以前はどんな種類のお酒をどの位飲んでいましたか？

| | | | |
|----|--|------|--|
| 種類 | | 一日平均 | |
|----|--|------|--|

④ 元々飲まない

14 患者様は煙草を吸いますか？ (smoking)

① 吸う どの位吸いますか？ 一日 本くらい

② 吸っていたが禁煙した。いつ禁煙されましたか？ 歳から 歳まで

その時何本くらい吸っていましたか？ 一日 本くらい

③ 元々吸わない

15 患者様が最後に出了学校を教えてください。
(education)

| | |
|--|-------------|
| | 学校 卒業 中退 |
|--|-------------|

16 患者様が主にされていた職業を教えてください。

| |
|--|
| |
|--|

17 患者様は現在仕事をしていますか？

① はい 以前と同じように仕事を続けることができますか？ ア はい イ いいえ

② いいえ

18 患者様の歩行状態はいかがですか？ (gait)

① 問題ない (fair) ② 転倒しやすい 転倒した ③車いす使用等 一人で長距離の移動は難しい

19 座った状態から立ち上がった時などにふらっとする (立ちくらみがする)ことがよくありますか？

① ある + ② ない - (orthostatic hypotension)

20 食事をする時に、上手に飲込めない、あるいは飲込む時にむせ込むことがよくありますか？ (dysphagia)

① ある + ② ない -

21 高齢になると、あっさりしたものが好きになったり、食事量が減ったり、といった食事の好みの変化は多少あるものです。それ以上に周囲からみて普通ではない、食事の変化は患者様にありますか？
例えば、アイスクリームしか食べない、プリンばかり食べている。

① ある +

具体的に

| |
|--|
| |
|--|

② ない -

- 22 物忘れがある患者様の中には、他の人には見えないものが見えると言われる方がおられます。
例えば、患者様は「虫が這っている。虫が飛んでいる」あるいは「小さな子どもが入ってくる」と
言われるのですが、家族や周囲の方には見えません。そういった症状を患者様が訴えられることは
ありますか？（visual hallucination）
- ① ある + ② ない -
- 23 患者様にはひどい寝ぼけがありますか。例えば、日中にはないのに、夜中に起きた時にしばらく今いつ
か判らなかつたり、自分がどこにいるか判らなかつたり、ひどく混乱していることはありますか？
（REM Sleep Behavior Disorder）
- ① ある + ② ない -
- 24 高齢になると尿の切れが悪くなる、尿が出にくくなることはしばしばあります。また女性の場合、
咳をした時の尿漏れはまれではありません。（が、このような症状があつて受診されていなければ、
泌尿器科受診をお勧めします。）その程度ではなく、尿意があつたと思った瞬間、あるいは尿意がな
いまま、尿が大量に出てひどく服や下着を濡らしてしまうということが何回もありますか？
（incontinence）
- ① ある + ② ない -
- 25 患者様は今まで行ったことがないところ（病院 店舗等）へ自分一人で行くことができますか？
- ① はい - ② いいえ +
- 26 患者様は来客に食事を作ることができますか？
- ① はい - ② いいえ +
- 27 患者様はお金の出入りを管理することが以前と同じようにできますか？（確定申告や預金の管理等）
- ① はい - ② いいえ +
- 28 患者様は季節や場面にあつた衣服を以前と同じように、自分で選ぶことができますか？
（今日着てこられた衣服は自分で選ばれましたか？）
- ① はい - ② いいえ +
- 29 患者様は一人で衣服を着ることに問題はありますか？（例えば、シャツやセーターの袖に足を入れ
る、ズボンに腕を入れる、下着を上に着る、シャツを前後逆に着るといった事はありますか？）
- ① 問題ない - ② 問題がある +
- 30 患者様は一人で問題なくお風呂に入ることができますか？（温度調節や髪を洗つたりできますか？）
- ① 問題ない - ② 問題がある +

31 患者様はお手洗いで問題はありませんか？（水を流していますか、トイレットペーパーを使い拭いたりすることはできていますか？）

- ① 問題ない - ② 問題がある +

32 患者様はトイレの外で尿の失敗がありますか？ ① 失敗はない - ② 失敗がある +

33 患者様はトイレの外で便の失敗がありますか？ ① 失敗はない - ② 失敗がある +

34 患者様は正式な場面（結婚式や御葬式等）で周囲からみて問題なく振舞うことができますか？

- ① 問題ない - ② 問題がある +

35 患者様は大きな買物（電化製品 車 不動産等）を問題なくすることができますか？

- ① 問題ない - ② 問題がある + ③ 最近そういった買物をしていないのでわからない -

36 患者様は自宅の近所のよく知っている所であれば一人で出かけて帰ってくる事が出来ますか？

- ① できる - ② できない +

37 患者様は家の外での活動（趣味・スポーツ・町内会等）に参加されていますか？

- ① 一人で参加している

活動内容

- ② 参加しているが家族が付添う、送り迎えをする必要がある

活動内容

- ③ 参加できない

38 患者様は家の中で自分が担当する仕事（炊事・畑仕事から洗濯物の取り込み等 簡単な仕事まで）がありますか？

- ① ある - 内容 ② 家の中で患者様のしている仕事はない。 +

39 質問37.38で伺った患者様の活動の様子は以前と比べて変化していますか？

- ① 以前と大きく変わらない - ② 以前出来たことが出来なくなっている +

患者様の御両親・御兄弟についてお伺いします。

40 ア 患者様のお父様は御健在ですか？

- ① 健在 現在 歳 お父様に物忘れ(認知症)はありますか？ 1 ある 2 ない

- ② 歳で亡くなった 亡くなる前お父様に物忘れ(認知症)はありましたか？ 1 ある 2 ない

イ 患者様のお母様は御健在ですか？

- ① 健在 現在 歳 お母様に物忘れ(認知症)はありますか？ 1 ある 2 ない

- ② 歳で亡くなった 亡くなる前お母様に物忘れ(認知症)はありましたか？ 1 ある 2 ない

41 ア 患者様には患者様を含めて何人の兄弟姉妹がおられますか？

 人

イ その中で患者様は何番目ですか？

 番目

ウ 患者様の兄弟姉妹の中に物忘れのある方はおられますか？ 1 いる + 2 いない -