

認知症疾患医療センター専門外来問診票 (患者様記入用)

※他の方と相談しないでご記入下さい

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別： 男・女

<p>1. 受診のきっかけは何ですか？ 当てはまる項目全てにレ点をつけて下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/>ご自身がもの忘れを心配している <input type="checkbox"/>家族・友人などがもの忘れを心配している <input type="checkbox"/>精密検査を希望 <input type="checkbox"/>もの忘れの治療を希望 <input type="checkbox"/>人に勧められた（誰から？） <input type="checkbox"/>よく分からない <input type="checkbox"/>その他 [_____]</p>
<p>2. どのような症状がありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>ものごとを忘れっぽくなった <input type="checkbox"/>ものをしまい忘れてしまうことがある <input type="checkbox"/>同じことを何度も尋ねてしまう。同じ事を何度も話す <input type="checkbox"/>今日が何日か、何曜日かわからなくなることがある <input type="checkbox"/>親しい人の顔・名前がわからなくなることがある <input type="checkbox"/>話の内容が通じ合っていないと感じることがある <input type="checkbox"/>道に迷ってしまうことがある <input type="checkbox"/>いろいろなことへの興味・関心が薄れたような気がする <input type="checkbox"/>何事にもやる気が起きない <input type="checkbox"/>家の外に出かけなくなった <input type="checkbox"/>動作が遅くなったような気がする <input type="checkbox"/>落ち着きがなくなった <input type="checkbox"/>薬を飲み忘れてしまうことがある <input type="checkbox"/>金銭の管理が苦手になった <input type="checkbox"/>台所などの火を消し忘れてしまうことがある <input type="checkbox"/>部屋などの電気を消し忘れてしまうことがある <input type="checkbox"/>身だしなみを気にしなくなった <input type="checkbox"/>夜眠れないことがある <input type="checkbox"/>怒りっぽくなったような気がする <input type="checkbox"/>臭いがわかりにくい（カレーやコーヒーなど） <input type="checkbox"/>その他 [_____]</p>
<p>3. 外出頻度を教えてください。 当てはまる項目にレ点をつけて下さい。</p>	<p><input type="checkbox"/>毎日外出する <input type="checkbox"/>週に数回外出する <input type="checkbox"/>ほとんど外出しない</p>
<p>4. 日常生活で困っていることはありますか？</p>	<p>[_____]</p>

認知症疾患医療センター専門外来問診票 (患者様・ご家族 記入用)

1. かかりつけの医療機関はありますか？		はい ・ いいえ
『はい』 とお答え の方に	医療機関名 現在治療中の病気は何ですか？ 現在服用中の薬はありますか？ かかりつけの薬局はありますか？	(名称：) (病名：) (薬品名：) (薬局名：)
2. 今までに右記の様な病気にかかれた事 がありますか？ 当てはまる項目全てにレ点をつけて下さい		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 精神神経病 <input type="checkbox"/> 腎臓病(透析している・透析していない) <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他()
3. 体内に金属は入っていますか？		<input type="checkbox"/> はい(時期： 挿入物：) <input type="checkbox"/> いいえ
4. 今までに薬や食品でアレルギーが出た事 がありますか？		<input type="checkbox"/> はい(薬品名： 食品名：) <input type="checkbox"/> いいえ
5. 車の運転状況について		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> したいようだが止めている <input type="checkbox"/> 運転のことで困っている
6. 嗜好品について	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う：1日()本位()年間吸っている <input type="checkbox"/> やめた：()年前。それまで1日()本位()年 <input type="checkbox"/> 吸わない
	酒	<input type="checkbox"/> 飲む：()日に1回程度()を()位 <input type="checkbox"/> 飲まない
7. ご本人(患者様)は現在仕事をされていますか？		<input type="checkbox"/> している(仕事内容：) <input type="checkbox"/> していない (以前の仕事内容：)
8. ご本人(患者様)の普段の過ごし方を教 えて下さい。		<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 炊事 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 庭仕事 <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 畑仕事 <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> サークル活動 <input type="checkbox"/> 友人との会話 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他()
9. 介護保険を申請されていますか？		はい ・ いいえ
9-1. 『はい』とお答えになった方に質問です 介護度はいくつですか？		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
9-2. 担当のケアマネージャーはいますか？		担当者氏名： 担当事業所： 連絡先：
10. 介護保険で利用しているサービスはあり ますか？		<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他()

※裏面もご記入ください。

11-1. 家族構成について教えてください 主介護者にレ点をつけてください (氏名はカタカナでご記入ください)	<input type="checkbox"/> 氏名： (続柄) 同居・別居
	<input type="checkbox"/> 氏名： (続柄) 同居・別居
11-2. 困ったときの相談相手はどなたですか？	氏名： 続柄： 電話番号：

医療法人偕行会 偕行会城西病院

認知症疾患医療センター専門外来問診票 (家族記入用)

1. 問診票記入者様の氏名と続柄を教えてください。	氏名： 続柄： 同居・別居
2. どのような症状がありますか？	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 普段やっていたことができなくなった <input type="checkbox"/> 普段使っている電化製品の操作ができなくなった <input type="checkbox"/> 何度も同じ事を言う <input type="checkbox"/> 見えないものが見える（幻視） <input type="checkbox"/> 聞こえないはずの声、音が聞こえる（幻聴） <input type="checkbox"/> 物を盗られたと言う（妄想） <input type="checkbox"/> 日中よく居眠りをする（昼夜逆転） <input type="checkbox"/> 夜眠れない（不眠） <input type="checkbox"/> トイレの失敗をする（失禁） <input type="checkbox"/> 活気が無い（意欲低下） <input type="checkbox"/> 食べ物ではない物を食べる（異食行動） <input type="checkbox"/> 日時、場所が分からない（見当識障害） <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった（暴言、暴力） <input type="checkbox"/> 1人でどこかに出掛けてしまう（徘徊） <input type="checkbox"/> 同じ行動を繰り返す（常同行動） <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 非常識な行動がある <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
3. もの忘れはいつ頃から気になるようになりましたか？そのきっかけになった出来事も教えてください。	
4. 一番のお困りことは何ですか？	
5. 家族または介護者による介護の状況を教えてください。	<input type="checkbox"/> 今のところ家族で介護をしようと思っている <input type="checkbox"/> 介護の継続を悩んでいる <input type="checkbox"/> 家庭での介護は無理だと思っている <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>