

もの忘れ問診票

令和 年 月 日

はじめに 〈あてはまるものに○をつけてください〉

- ①「もの忘れ問診票」記入者 (本人 家族 介護者)
- ②本人は、もの忘れについての受診という自覚があるか(はい ・ いいえ)
いいえの回答の方は、ご本人にどのように伝えて受診に来ているか ()
- ③受診のきっかけ (本人からの希望 家族からの希望 かかりつけ医からの勧め
介護スタッフからの勧め その他)
- ④要介護認定 (未 ・ 済)
済の回答の方は、認定結果 (要支援 要介護 担当包括・居宅：)

困っていること・これまでの経過 〈あてはまる項目にチェック✓してください〉

- ☐もの忘れ
- ☐同じことを何度も言う・聞く
- ☐いつも探し物をする
- ☐会話が成立しない
- ☐無関心・無気力
- ☐寝てばかりいる
- ☐気分の浮き沈みがある(抑うつ)
- ☐一人で外出して帰ってこれなくなったことがある(徘徊)
- ☐日中寝て、夜活動する(昼夜逆転)
- ☐怒りっぽくなった
- ☐落ち着きがない
- ☐お金や物を「盗まれた」と人を疑う(物盗られ妄想)
- ☐見えないものが見える・聞こえないものが聞こえる(例：子供の声がある、外に知らない男がいる等)
- ☐その他()

具体的なエピソードをご記入ください

医師に相談したいこと 〈あてはまる項目にチェック✓してください〉

- ☐検査・診断 ☐治療 ☐アドバイス ☐介護保険の申請 ☐その他()

日常生活の状態 〈あてはまるものに○をつけてください〉 ※自立：一人でできる 介助：家族等の手伝いあり

- ①移動 (独歩 杖 介助 車椅子) ②会話のやりとり (できる 難しい できない)
- ③入浴 (自立 介助) ④着替え (自立 介助) ⑤排泄 (自立 介助)
- ⑥食事 (自立 介助) ⑦電話 (できる できない)
- ⑧買い物 (できる できない) ⑨一人で外出 (できる できない)
- ⑩服薬管理 (飲み忘れなし 飲み忘れあり) ⑪金銭管理 (できる できない)

今までかかったことのある病気 〈下記にご記入ください〉

飲んでいるお薬・かかっている病院 〈下記にご記入ください〉