

物忘れが気になる方へ

年 月 日

- ☆ お手数ですが（初診の方へ）とあわせてご記入ください。
- ☆ 記入できる範囲内でご記入ください。

① 最終学歴（該当するものに○）

[小学・中学・高校・短大・大学・大学院・専門学校] 卒業・中退

② 職業歴（わかる範囲でご記入ください）

年齢	職種	年齢	職種
歳～ 歳		歳～ 歳	
歳～ 歳		歳～ 歳	
歳～ 歳		歳～ 歳	

- ☆ ご本人にお聞きします。③ ④

③ 受診された理由は何ですか？

（あてはまるものすべてに○をつけて下さい）

- ・もの忘れが病気によるものかどうか気になる
- ・以前にはなかったもの忘れが最近始まった
- ・もの忘れが以前からあったが、最近ひどくなってきた
- ・もの忘れが原因で大きな失敗をした
- ・かかりつけの先生に受診を勧められた（病院名 _____）
- ・その他（ _____ ）

④ あなたは本日、何が一番困って来院しましたか？

（できるだけ具体的に記載してください。）

例：半年くらい前から人の名前がすぐに出てこなくなった など）

☆ ご家族、付き添いの方にお聞きします。

⑤ ご家族、付き添いの方からみて受診に至った動機は次のどれになりますか？

(あてはまるものすべてに○をつけて下さい)

- ・以前はなかった本人のもの忘れが最近始まった
- ・以前からあった本人のもの忘れが、最近ひどくなってきた
- ・もの忘れに加えて、奇妙なことをいうなど、以前にはなかった症状が始まった
- ・かかりつけの先生に受診を勧められた (病院名)
- ・介護保険の書類を作成したい
- ・後見人の書類を作成したい
- ・その他 ()

⑥ 以下の症状がご本人にはありますか？

当てはまる場合は「はい」に、当てはまらなければ「いいえ」に○をつけて下さい。

「はい」の場合には (いつ頃からかも () 内にあわせてご記入ください)

- | | | |
|----------------------|--------|-----|
| ・物の置き忘れやしまい忘れが多くなった | はい () | いいえ |
| ・同じことを何度も聞くようになった。 | はい () | いいえ |
| ・火の不始末がある | はい () | いいえ |
| ・外出しなくなり、人との付き合いをさける | はい () | いいえ |
| ・会話がなくなった | はい () | いいえ |
| ・家でじっとして何もしなくなった | はい () | いいえ |
| ・うまく歩けなくなった | はい () | いいえ |
| ・外出すると迷子になる | はい () | いいえ |
| ・人の名前や物の名前が出てこない | はい () | いいえ |
| ・人に物を盗まれたということがある | はい () | いいえ |
| ・夕方や夜になると人が変わったようだ | はい () | いいえ |
| ・実際にはないものが見えているようだ | はい () | いいえ |
| ・シャツやズボンを自分で着られない | はい () | いいえ |
| ・トイレを失敗することがある | はい () | いいえ |
| ・一人で入浴することができない | はい () | いいえ |
| ・家族の顔がわからなくなることもある | はい () | いいえ |

⑦ 特に今回受診するに至った症状は何ですか？その症状について、悪くなるきっかけがありましたか？
