

**もの忘れ問診票**

記入日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※以下、あてはまるものに○をつけ、わかる範囲でご記入下さい。

お名前：\_\_\_\_\_（男・女）\_\_\_\_\_歳

職業（何歳まで働いていたか）：\_\_\_\_\_

教育歴：小学校・中学校・高校・専門学校・大学・その他（\_\_\_\_\_）

生活様式：自宅 ⇒ 単身・同居（どなたと？ \_\_\_\_\_）

高齢者住宅・有料老人ホーム・グループホーム・老人保健施設・

特別養護老人ホーム・その他（\_\_\_\_\_）

現在の介護度：未申請・申請中／ 自立 要支援Ⅰ・Ⅱ 要介護Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ

本日の外来受診の主な目的&希望：認知症診断のため・介護保険申請のため・その他⇒

現在最も心配、困っていること：\_\_\_\_\_

付添いの方のご関係：配偶者、きょうだい、息子、娘、嫁、その他（\_\_\_\_\_）

⇒本票を記入されたのは：本人・配偶者・子・きょうだい・その他（\_\_\_\_\_）

もの忘れが始まったのは：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃

最近あったもの忘れの具体例：

#1 \_\_\_\_\_

#2 \_\_\_\_\_

#3 \_\_\_\_\_

行動障害の具体例（徘徊、昼夜逆転、物盗られ妄想、幻覚など）：

#1 \_\_\_\_\_

#2 \_\_\_\_\_

#3 \_\_\_\_\_

現在内服中のお薬（お薬手帳をご持参の方は記入必要ありません）：

#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_ #5 \_\_\_\_\_

現在利用している介護保険サービス：

#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

#3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_

その他：