

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：