

## もの忘れ外来 受診前問診票

(記入日： 年 月 日)

もの忘れ外来を受診される患者様とご家族にお尋ねします。

記入が難しい個所は空欄のままで構いませんので、できる範囲でご記入ください。

不快に思われる質問もあるかもしれませんが、

さまざまな患者様が受診されるため、ご理解、ご協力をいただけますと幸いです。

**患者様ご本人について** お名前： \_\_\_\_\_

記入者： 本人・家族（続柄： \_\_\_\_\_）・その他（ \_\_\_\_\_）

### 1. これまでの生活史について、おうかがいします。

出身地： \_\_\_\_\_、 きょうだい（何人中何番目）： \_\_\_\_\_人中 \_\_\_\_\_番目

最後に出た学校名： \_\_\_\_\_

小学1年生以降の通学年数（例：中学校卒業→9年、高校卒業→12年） \_\_\_\_\_年

仕事経験〔 ない ・ ある（ \_\_\_\_\_歳～ \_\_\_\_\_歳） 〕

### 2. 現在の状況についておうかがいします。

○食欲〔 普段以上 ・ 普段通り ・ あまりない ・ ない 〕

○睡眠〔 よく眠れている ・ あまり眠れない ・ 眠れない 〕

・睡眠時間：1日 \_\_\_\_\_時間、 \_\_\_\_\_時～ \_\_\_\_\_時〔 安定している・していない 〕

・睡眠中に大声を出したり、手足を大きく動かすことがありますか？〔 ある ・ ない 〕

○実際にはないものが見えたり聞こえたりすることがありますか？

〔 ない ・ ある（例： \_\_\_\_\_） 〕

### 3. 現在、身体障害あるいは精神障害の手帳をお持ちですか。

〔 ない ・ ある（ 身体障害者手帳 ・ 精神障害者手帳 ） 〕

### 4. 現在、運転免許証をお持ちですか？

〔 ない ・ ある（運転頻度：週3回以上 ・ 週1～2回 ・ 月に数回 ・ しない） 〕

5. ご本人の介護保険およびサービスの利用状況についておうかがいします。

(1) 介護保険は申請していますか。

[ いいえ ・ はい ( 要支援 : 1・2 / 要介護 : 1・2・3・4・5 ) ]

(2) 利用しているサービスがありましたら、当てはまるものに○をつけてください。

- ①デイサービス、②ホームヘルパー、③ショートステイ、④配食サービス、  
⑤入浴サービス、⑥訪問看護、⑦日常生活用具 (以外)、⑧緊急通報システム、  
⑨住宅改修、⑩その他 ( )

6. 以下では、もの忘れや日常生活の様子についてお尋ねします。

当てはまる記号 (a~d) に○をつけてください。

※回答者 [ ご本人 ・ ご家族 ・ その他 ( ) ]

1	もの忘れが多いと感じますか	a.感じない	b.少し感じる	c.感じる	d.とても感じる
2	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	a.感じない	b.少し感じる	c.感じる	d.とても感じる
3	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	a.全くない	b.時々ある	c.頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d.いつもそうだ
4	5分前に聞いた話を思い出せないことがあります	a.全くない	b.時々ある	c.頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d.いつもそうだ
5	自分の生年月日がわからなくなることがあります	a.全くない	b.時々ある	c.頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d.いつもそうだ
6	今日が何月何日かわからないことがあります	a.全くない	b.時々ある	c.頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d.いつもそうだ
7	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	a.全くない	b.時々ある	c.頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d.いつもそうだ
8	道に迷って家に帰ってこれなくなることがあります	a.全くない	b.時々ある	c.頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d.いつもそうだ
9	電気や水道やガスが止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	a.問題なくできる	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.全くできない
10	一日の計画を自分で立てることができますか	a.問題なくできる	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.全くできない
11	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	a.問題なくできる	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.全くできない
12	一人で買い物に行けますか	a.問題なくできる	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.全くできない
13	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	a.問題なくできる	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.全くできない
14	貯金の出し入れ、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	a.問題なくできる	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.全くできない

15	電話をかけることができますか	a.問題なく できる	b.だいたい できる	c.あまり できない	d.全く できない
16	自分で食事の準備はできますか	a.問題なく できる	b.だいたい できる	c.あまり できない	d.全く できない
17	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか	a.問題なく できる	b.だいたい できる	c.あまり できない	d.全く できない
18	入浴は一人でできますか	a.問題なく できる	b.見守りや声 かけを要する	c.一部介助 を要する	d.全介助を 要する
19	着替えは一人でできますか	a.問題なく できる	b.見守りや声 かけを要する	c.一部介助 を要する	d.全介助を 要する
20	トイレは一人でできますか	a.問題なく できる	b.見守りや声 かけを要する	c.一部介助 を要する	d.全介助を 要する
21	身だしなみを整えることは一人でできますか	a.問題なく できる	b.見守りや声 かけを要する	c.一部介助 を要する	d.全介助を 要する
22	食事は一人でできますか	a.問題なく できる	b.見守りや声 かけを要する	c.一部介助 を要する	d.全介助を 要する
23	家の中での移動は一人でできますか	a.問題なく できる	b.見守りや声 かけを要する	c.一部介助 を要する	d.全介助を 要する

事務処理欄

(No3~23) 30/31	a×1	b×2	c×3	d×4	Total
-------------------	-----	-----	-----	-----	-------

7. 普段の生活や、社会生活の中でお困りになる場面はありますか？また、ご自身のことで心配や不安はありますか？あるようでしたら、ご自由に記載してください。

ご本人様へのご質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。

※次ページからは、患者様のご家族への質問になります。

(いらっしやらない場合は、ご記入いただかなくて結構です)

ここからは、患者様の日常生活をサポートしているご家族にうかがいます

記入者のお名前： .....、続柄： .....、年齢 ..... 歳

8. 以下の各項目のうち、あなた（記入されている方）から見て、患者様に当てはまると思  
う番号を○で囲んでください。

		全 く な い	ほ と ん ど な い	時 々 あ る	よ く あ る	常 に あ る
1	同じことを何度も何度も聞く	0	--1	--2	--3	--4
2	よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりしている	0	--1	--2	--3	--4
3	日常的な物事に関心を示さない	0	--1	--2	--3	--4
4	特別な理由がないのに夜中起きだす	0	--1	--2	--3	--4
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0	--1	--2	--3	--4
6	昼間、寝てばかりいる	0	--1	--2	--3	--4
7	やたらに歩き回る	0	--1	--2	--3	--4
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0	--1	--2	--3	--4
9	口汚くののしる	0	--1	--2	--3	--4
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0	--1	--2	--3	--4
11	世話されるのを拒否する	0	--1	--2	--3	--4
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	0	--1	--2	--3	--4
13	引き出しやタンスの中身を全部出してしまう	0	--1	--2	--3	--4

9. ご家族から見て、ご本人が日常生活や社会生活でお困りになることはどんなことですか？ご自由に記載してください。具体的なエピソードで記載して下さると助かります。