

「もの忘れ外来」質問票

【記入方法】できれば **赤ボールペン** で書いてください。

(はい・いいえ)(ある・ない)などには○をつけ、○をつけたときに当てはまるものにも○をつけてください。

()の空欄は具体的にご記入下さい。

◆質問表の記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

もの忘れがあるご本人について

◆もの忘れがあるご本人の

氏名: _____ (男・女)

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

職業(以前の): _____ @ (_____ 歳まで)

教育年数:(小学校入学から最終学校卒業まで) _____ 年

(尋常小学校卒・小学校卒・中学校卒・女学校卒・高校卒・
専門学校卒・短大卒・4年生大学卒・大学院卒)

◆ご本人のご家族について

(1人暮らし ・ 夫婦2人暮らし ・ 他の家族と同居)

◆介護保険を申請していますか？ (はい ・ いいえ ・ 申請中)

「はい」の場合、介護度はどれですか。

(要支援1 ・ 要支援2 ・

要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5)

◆この質問表に記入するのは (ご本人 ・ ご本人以外)

(ご本人以外の場合は、下記に記載して下さい)

氏名: _____ (ご本人との続柄 _____)

(ご本人と同居して いる ・ していない)

住所: 〒 _____ @

(可能なら)電話番号: _____ (_____) @

2. もの忘れ以外の心身の状態

◆以下の病気のうち、ご本人が今までにかかったことや治療したことがある病気の番号を下の()に記載し、その横にかかった年齢もお書き下さい。

1. 脳梗塞・脳出血
2. 頭部外傷→意識は(失った・あった)
3. 全身麻酔をした手術
4. パーキンソン病
5. リウマチ
6. 骨折
7. 高血圧
8. 糖尿病
9. 甲状腺の病気
10. うつ病・うつ状態
11. その他の精神・神経疾患

番号() ____歳のとき 番号() ____歳のとき
番号() ____歳のとき 番号() ____歳のとき

◆現在、通院中ですか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合、何の病気ですか？病名: _____@

@

◆現在、薬を飲んでいますか？ (飲んでいる・飲んでいない)

「飲んでいる」の場合、何の薬ですか？薬名:

◆1年以上長く続けて飲んだ薬がありますか？ (ある・ない)

→「ある」の場合、何をどの位飲みましたか？ _____ (____年間)

◆最近、急に体重が増えたり減ったりしましたか？ (はい・いいえ)

→「はい」の場合 _____ kg (増えた・減った)

◆手足がふるえる、うまく歩けないということがありますか？

(はい・いいえ)

→ ____歳から

◆歩行が不自由ですか？ (はい・いいえ) → ____歳から

◆言葉が不自由ですか？ (はい・いいえ) → ____歳から

◆ご自分の歯は何本残っていますか？ ____本 (入れ歯を含めると ____本)

- ◆以前に比べて、気分が落ち込んでいますか？ (はい・いいえ)
- ◆以前に比べて、落ちつかないですか？ (はい・いいえ)
- ◆以前に比べて、怒りっぽいですか？ (はい・いいえ)
- ◆以前に比べて、何かする意欲が低下しましたか？ (はい・いいえ)
- ◆以前に比べて、興味や関心を示すことが少なくなりましたか？
(はい・いいえ)
- ◆以前に比べて、性格が変わったという印象がありますか？
(はい・いいえ)

「はい」の場合、それはどのような変化ですか？

①

- ◆以前に比べて、疑い深くなったり、信じ込んだことが変えられなくなったりしてきましたか？ (はい・いいえ)
- ◆見えないものが見えたり、聞こえない声が聞こえるといったことが起こるようになりましたか？ (はい・いいえ)
- ◆上記のどれかで、開始時期が分かるものがあれば、具体的にお書き下さい。(例:幻視が2年前から)

②

- ◆上記のことで家族や周囲の人を困らせるようになりましたか？
(はい・いいえ)

3. もの忘れについて

- ◆ご本人は自覚していますか？ (はい・いいえ)
- ◆まわりの方は気づいていますか？ (はい・いいえ)
- 「はい」の場合、それはどなたですか？ (家族・家族以外)

- ◆いつ、もの忘れが始まりましたか？

(数カ月前・半年前・1年前・2~3年前・それ以前)

おわかりなら、正確にはいつ始まったかお書き下さい。_____から

- ◆ 始まった頃に比べて、もの忘れは進んでいますか？
(はい・いいえ)
- ◆ もの忘れが始まったきっかけはありますか？ (ある・ない)
「ある」の場合、何ですか？ _____@
- ◆ 数分前の事を忘れていませんか？ (はい・いいえ)
- ◆ 昨日～数日前の事を忘れていませんか？ (はい・いいえ)
- ◆ 忘れていた事を指摘されると思い出しますか？ (はい・いいえ)
- ◆ 日付や曜日をよく間違えますか？ (はい・いいえ)
- ◆ 約束した日時や場所をよく間違えますか？ (はい・いいえ)
- ◆ 人や物の名前が出にくいですか？ (はい・いいえ)
- ◆ 物の置き忘れがありますか？ (はい・いいえ)
ある場合、それはどんな物ですか？ _____@
- ◆ 家にある物を、また買うことはありますか？ (はい・いいえ)

4. 日常生活について

<戸締まり、ガス(火)の扱い>

- ◆ 戸締まりは大丈夫ですか？
(完全にできる・人に手伝ってもらう・できない)
- ◆ ガス(火)の管理は大丈夫ですか？
(完全にできる・人に手伝ってもらう・できない)
- ◆ ガス(火)をつけっぱなしにしたことがありますか？ (ある・ない)

<食事>

- ◆ ご本人が元々食事を作っていた場合、以前と変わらず作ってますか？
(作る・作らない)
- 「作る」の場合、本人が作る食事の品数が以前より減っていますか？
(同じ・減った)

<その他の家事>

- ◆ 家の中や身の回りが散らかるようになりましたか？（はい・いいえ）
- ◆ ご本人が元々洗濯や掃除をしていた場合、以前と変わらずしていますか？（はい・いいえ）
→「いいえ」の場合（簡単ならば1人でできる・1人でできない）

<外出>

- ◆ 1人で外出できますか？（はい・いいえ）
- 「はい」の場合→
（自宅周辺のみ可・徒歩で行ける近隣であれば可・交通機関を利用し遠方でも可）
（行き慣れた場所なら可・以前に何度か行った場所なら可・初めての場所でも可）

<お金の扱い>

- ◆ 1人で銀行や郵便局での用事をたせますか？（はい・いいえ）
- ◆ 1人で買い物ができますか？（はい・いいえ）
- 「はい」の場合、おつりの計算はできますか？（はい・いいえ）
品数が多いと買い物が難しいですか？（はい・いいえ）
メモを使うと買い落としはなくなりますか？（はい・いいえ）
メモを持っていることも忘れませんか？（はい・いいえ）

5. 仕事・趣味について

- ◆ 現在、仕事を「している方」の場合、
仕事上の小さな失敗が増えましたか？（はい・いいえ）
本人は失敗を自覚していますか？（はい・いいえ）
まわりの人は失敗に気づいていますか？（はい・いいえ）
- 「以前はしていた」の場合、いつ退職しましたか？
（昭和・平成・令和）_____年（_____年前）

◆ 今まで一番長くやった仕事は何ですか？ _____ (_____ 年間)

◆ 有機溶剤を使う仕事(塗装、クリーニング、印刷など)を長く続けましたか？
(はい・いいえ)

◆ 以前から続けている趣味はありますか？
(ある・以前はあったが止めた・ない)

→「ある」「やめてしまった」の場合

その趣味は何で、何年間続いています(いました)か？ (_____ 年間)

◆ 煙草を吸いますか？ (吸う・以前は吸ったが止めた・吸わない)

→「吸う」の場合、1日 _____ 本, _____ 年間

→「以前は吸ったが止めた」の場合、1日 _____ 本, _____ 年間

◆ お酒を習慣的に(1週間に1回以上)飲みますか？

(飲む・以前は飲んだが止めた・飲まない)

→「飲む」の場合、_____ を1日 (_____) を _____ (本、ml), _____ 年間

6. その他

◆ もの忘れの事で、これまで病院を受診したことがありますか？

(受診した・受診していない)

◆ 以下のような血縁の人がいたら、番号に○をつけて本人との続柄を教えてください。

1. もの忘れが同じように始まった
2. 認知症
3. ダウン症
4. パーキンソン病
5. 脊髄小脳変性症

その血縁の方は本人とどういう続柄ですか？上記の番号と続柄を記入して下さい。

番号()・本人との 続柄 (_____)

番号()・本人との 続柄 (_____)

◆ この記入した質問票をもって、予約された「もの忘れ外来」を受診してください。