

<今回の受診について>

(1. と2. は本人希望時)

1. 受診された理由は何ですか？(あてはまるもの全部に○をつけて下さい)

- a. もの忘れがあるのかどうか心配
- b. 以前はなかったもの忘れが最近始まった
- c. もの忘れが以前からあったが、最近ひどくなってきた
- d. かかりつけ医にも受診を勧められた
- e. その他()

2. 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:半年くらい前から前からの人の名前がすぐに出てこなくなった。最近、人から物忘れを指摘された。など)

3. ご家族からみて受診に至った動機は次のどれになりますか？

(あてはまるもの全部に○をつけて下さい)

- a. 以前はなかった本人のもの忘れが最近始まった
- b. 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
- c. もの忘れに加えて、妄そう、幻覚など、以前にはなかった症状が始まった
- d. かかりつけ医に受診を勧められた
- e.
- f. その他()

4. 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」の○をつけて下さい。

「はい」の場合には(いつ頃から↓)

| | | |
|----------------------------|--------|-----|
| ① 物の置き忘れやしまい忘れが多くなった | はい・いいえ | () |
| ② 同じことを何度も聞くようになった | はい・いいえ | () |
| ③ 火の不始末がある | はい・いいえ | () |
| ④ 外出しなくなり、人との付き合いをさける | はい・いいえ | () |
| ⑤ しゃべらなくなった | はい・いいえ | () |
| ⑥ 話を理解していないようだ | はい・いいえ | () |
| ⑦ 家でじっとして何もしなくなった | はい・いいえ | () |
| ⑧ 人のいうことを聞かなくなった | はい・いいえ | () |
| ⑨ うまく歩けなくなった、あるいは転倒しやすくなった | はい・いいえ | () |
| ⑩ 外出すると迷子になる | はい・いいえ | () |
| ⑪ 人の名前や物の名前が出てこない | はい・いいえ | () |
| ⑫ 物を人に盗まれたという | はい・いいえ | () |
| ⑬ 夕方や夜になると人が変わったようだ | はい・いいえ | () |
| ⑭ アリや人の姿などが目の前に見える | はい・いいえ | () |
| ⑮ シャツやズボンを自分で着られない | はい・いいえ | () |
| ⑯ おもらしをする、あるいは便秘が続くようになった | はい・いいえ | () |
| ⑰ 家族の顔がわからない | はい・いいえ | () |
| ⑱ 立ちくらみをよくする | はい・いいえ | () |

5. 特に今回受診するに至った症状は何ですか？(具体的に)

(例: 2~3ヶ月前から物の置き忘れが多くなり、先週から会話がかみ合わなくなり、食事したことも忘れるようになった)

その症状について、悪くなるきっかけがありましたか？

(例: 入院して症状が悪化した)

6. 家族構成についてお尋ねします。

ご本人の配偶者、お子さん、両親、兄弟、姉妹の順に書いて下さい。またその中で一緒に暮らしている人を○で囲んで下さい。

例(夫 60歳 無職/ 長男 45歳 会社員)

亡くなっている方についてはその年齢と亡くなった原因を書いて下さい

例(父 50歳 脳出血 など)