# 物忘れ問診表

記入日：　　年　　月　　日

受診される方のお名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問診表記入者のお名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診される方とのご関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下の質問にご回答ください。あてはまる□にはチェックをして下さい。

１、今日の受診に当たり、最も気になっている症状を教えてください。

２、その症状はいつごろからみられるようになりましたか？

年　　月頃

３、その後の経過はどうですか。また、更に気になる症状はありますか？

- □　徐々にひどくなっている
- □　あまりよくも悪くもならずに続いている
- □　調子の良い日と悪い日の差が激しい
- □　さらに気になる症状がある

４、あてはまる項目にチェックをして下さい。

- □　今までは普通に出来ていた家事や仕事が出来なくなっている
- □　同じことを何度も聞く、同じことを何度も言う
- □　今まで好きだったことへの関心や興味が無くなっている
- □　あまり動かずにじっとしている
- □　些細な事で怒るようになっている
- □　慣れたところでも道に迷うことがある
- □　言葉がスムーズに出ないことがある
- □　立ち止まると、その後なかなか歩き出せない
- □　手足の震えがある
- □　幻覚がある（内容：　　）
- □　妄想がある（内容　　）
- □　睡眠中に隣の部屋でも聞こえるほどの大声を出す
  手足を大きく動かす
- □　尿や便を漏らすことがある

５、他に気になる症状があれば記入してください。

６、現在治療中の病気を教えてください。

□　高血圧　　□　高脂血症　　□　糖尿病　　□　心不全

□　不整脈　　□　うつ病　　□　パーキンソン病

□　その他（　　）

７、ご家族について教えてください。

□　未婚　　□　既婚　　□　子供　（　　）人

８、同居の方を教えてください。

９、今回の受診について、希望されていることを教えてください。

□　診断のみ（治療はかかりつけ医に依頼）

□　診断と治療

□　今後どうしたらよいか

□　その他

ありがとうございました。

おがわ脳神経外科クリニック