

物忘れ 初回受診時 問診票

受診される方のお名前 _____ (患者様との関係 _____)
(同居を _____ している・していない)

- 1・物忘れ等の変化に気づかれたのはいつ頃ですか？ 平成 年 月頃
- 2・物忘れは進行していますか？ はい(□ゆっくり □急速に □階段状に) いいえ
- 3・現在のおかしいと感じられた症状にチェックをつけてください

- よく知っている人の名前が出てこない
- 物の名前が出てこない
- 同じことを繰り返し話したり、聞いたりする
- 同じものを買ってくる
- お金の計算を間違えることが増えた
- 置き忘れやしまい忘れがある
- 今日が何日か、何曜日かわからないことがよくある
- いつも降りる駅やバス停を乗り過ごすことがあった
- 慣れているところで道に迷った
- 薬の飲み忘れが多くなった
- いつもの仕事や役割 (炊事・洗濯・掃除など)がうまく出来なくなった
- 火の始末 (鍋や、やかんをこがす)やガスの止め忘れがある
- 身だしなみに気を遣わなくなった
- 以前あった興味や関心がうすらいでいる
- 悩む様子や落ち込んだ様子がある
- 短気になったり興奮したりすることがある
- 以前より疑い深くなった
- 「物を盗られた」という訴えがある
- 「見えないものがみえる」、「聞こえない音が聞こえる」という
- 人がいないのに話かけている
- 症状が時間や日にちによって変わる
- 動作がゆっくりとなり、歩きにくさがある