

うえだクリニック 物忘れ外来 問診票

患者名 _____ 記入した日： 年 月 日
記入した人：本人・家族 _____

当てはまる項目をチェックしてください。

- 今日が何日、何曜日かわからないことがある。
- 人の名前や物の名前を思い出せない。
- 物忘れがひどい。同じことを何度も言う。
- 物の置き忘れ、しまい忘れが多くなった。
- ちょっと前の事を思い出せない。
- よく知っている人の名前や顔を思い出せない。
- とんちんかんな事を言う。
- 食事をしたことを忘れて「まだ食べていない」と言う。
- 家で何もせず、じっとしていることが多くなった。
- 外出すると迷子になりやすい。
- 外出しなくなり、人との付き合いを避ける。
- 物を盗まれたと言う、または言いふらす。
- 夜になると興奮して、大声を上げることがある。
- テレビドラマの筋が理解出来ない。
- いつも使っているリモコン、電化製品等の使い方と間違える。
- 火の不始末をすることがある。
- 昼間ウトウトしていて、夜起きていることがある。
- おもらしをする。
- 身だしなみに気を使わなくなった。
- 買い物などでお金の計算が出来なくなった。
- 怒りっぽくなった。

自動車やバイクは運転されますか？ はい ・ いいえ

介護申請はされていますか？ はい（現在の介護度 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）
いいえ

以下に御家族が心配なことを書いてください。

[_____]