

記入日（西暦） _____年____月____日

福井記念病院
もの忘れ外来 問診票

1. ご本人

ふりがな：	_____
名 前：	_____ 性別： 男 ・ 女
生年月日：	大正・昭和 _____年____月____日生まれ 年齢： _____歳
住 所：	〒 _____ (建物名) _____ 号室
電話番号：	_____

2. 記入する方

ご本人と現在：	同居 ・ 別居
ふりがな：	_____
名 前：	_____ 続柄： _____
生年月日：	大正・昭和・平成 _____年____月____日生まれ
別居の場合	
住 所：	〒 _____ (建物名) _____ 号室
電話番号：	_____
日中の連絡先：	_____

3. どなたにすすめられて受診しますか？ 該当するものにチェック☑してください。

<input type="checkbox"/> 病院・クリニック
紹介状 なし ・ あり 医療機関名： _____
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
<input type="checkbox"/> 保健所、保健センターなど
<input type="checkbox"/> 介護支援事業所、介護サービス事業所（ケアマネージャー、訪問看護ステーション、介護保険施設など）
<input type="checkbox"/> その他： _____

4. 現在お困りの症状について

・お困りの症状（例：もの忘れが多い、道に迷うようになった、怒りっぽくなった） （具体的に） _____ _____
・症状が始まった時期 _____年____月____日（_____歳）頃 突然起こった ・ 少しずつ起こってきた

5. 上記の症状で他の医療機関にかかったことが ない ・ ある

_____歳～ _____歳 医療機関名： _____ 病名： _____
_____歳～ _____歳 医療機関名： _____ 病名： _____

6. 次のような症状はありますか？ 該当するものにチェック☑してください。

<input type="checkbox"/> できることとできないことの差が大きい
<input type="checkbox"/> 片側の手足に力が入りにくい
<input type="checkbox"/> 急に呂律がまわらなくなった
<input type="checkbox"/> はっきりしている時とぼんやりしている時のムラが大きい
<input type="checkbox"/> 体を動かしにくい、手足が震える、歩きづらい
<input type="checkbox"/> 寝ている間に大きな声を上げたり、異常な行動をしたりする
<input type="checkbox"/> 臭いがわからなくなった
<input type="checkbox"/> 急に尿を失禁するようになった

7. これまでかかった病気に○をつけ、発症した年齢と受診した医療機関をご記入ください。

病名	年齢	医療機関	病名	年齢	医療機関
脳梗塞			高尿酸血症 (痛風)		
高血圧			気管支喘息		
糖尿病			心筋梗塞		
脂質異常症 (高脂血症)			不整脈		

8. 上記の他に、病気や怪我、入院や手術をしたことがあればご記入ください。

病名または手術した部位	発症年齢	医療機関

9. 常用している薬（市販薬やサプリメントも含む）が ない ・ ある

処方内容がわかる書面（おくすり手帳など）のコピーを添付してください。

あるいは、下記に処方した医療機関名と薬の名前を記載してください。

薬の名前がわからない場合は「血圧の薬」などと記載してください。

処方した医療機関名※	薬の名前

※市販薬の場合は「市販薬」と記入してください。

10. 薬や食べ物で、吐き気や蕁麻疹が出たことはありますか？

ない・ある (なに:) _____ で (どうなった:)

11. たばこやお酒について

○をつける	何歳から何歳まで	量・種類
たばこを	_____ 歳 ~ _____ 歳	_____ 本/日
いまま吸う・いまは吸わない・吸ったことがない		

○をつける	何歳から何歳まで	量・頻度・種類
お酒 飲む・飲まない	____歳～____歳	量：____mL/日 頻度：____日/週・月 種類：ビール, 日本酒, 焼酎, ワイン, ウイスキー, 酎ハイ(5%・7%・9%の350mL・500mL缶を____缶) その他(____)

12. ご本人の状況

食 欲： ふだん以上 ・ ふだんどおり ・ ふだん以下 ・ 食べない
 睡 眠： 眠れている ・ あまり眠れない ・ 眠れない
 毎日____時 ～ ____時頃 (約____時間) ・ 日によって異なる
 外 出： 外出する ・ 外出がやや減った ・ 外出しない

13. 生活歴

兄 弟：ご兄弟を上から順にお書きください。ご健在の方に○をつけてください。
 (記入例：姉・本人・妹・弟)
 _____ (ご本人は____人兄弟の____番目)
 学 歴：最後に出た学校の名前と教育年数をお書きください。
 学校名：_____ 教育年数：____年
 (例：小学校卒→6年、中学校卒→9年、高校卒→12年)
 結婚歴： ない ・ ある
 子 供： ない ・ ある

続柄	年齢	居住地	本人と同居か	健在か
例：長男	43歳	横浜市	同居・別居	健在・死亡
	歳		同居・別居	健在・死亡
	歳		同居・別居	健在・死亡
	歳		同居・別居	健在・死亡
	歳		同居・別居	健在・死亡

家族歴：血のつながりがある家族で、認知症、脳血管の病気、精神科の病気にかかれた方はいますか？

続柄	病名
例：父	認知症・ 脳血管疾患(脳梗塞・脳出血・その他(____))・ 精神科疾患(____)
	認知症・ 脳血管疾患(脳梗塞・脳出血・その他(____))・ 精神科疾患(____)
	認知症・ 脳血管疾患(脳梗塞・脳出血・その他(____))・ 精神科疾患(____)

職 歴：ご本人は仕事をしていましたことがありますか？

内容
(_____ 歳～ _____ 歳まで)

趣 味： _____

利き手： 右 ・ 左

1 4 . 介護保険や福祉サービスの利用状況

介護保険：未申請・

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

現在利用中のサービス

デイサービス ・ ホームヘルプ ・ ショートステイ ・ 訪問看護 ・

通所リハビリ ・ 訪問リハビリ ・ その他 (_____) ・

利用していない

15. 過去1週間について、下記の全質問27項目に教えてください。

認められなければ0に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数をつける。

重症度 1:見守りの範囲 2:対応したケアが可能で毎日ではない 3:対応したケアが可能だが毎日ある

4:対応に困難を伴うが毎日ではない
5:対応に困難が伴いつつ毎日継続する

負担度 0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担
4:大きな負担 5:極度の負担

	認められない	認められる		網掛けは主治医意見書に関連するもの
		重症度 1~5	負担度 0~5	
1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	0		幻視・幻聴
2	盗られたという、嫉妬する、別人という(選択して○:盗害、嫉妬、誤認、他)	0		妄想
3	他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する	0		暴言
4	他者に乱暴な行いをする	0		暴行
5	うろろする、不安そうに動き回る	0		徘徊・不穩
6	家/施設から出たがる	0		無断外出
7	他者への性的に不適切な行為	0		性的不適切行動
8	こだわって同じ行為を何度も繰り返す	0		常同行動
9	我慢ができない、衝動的に行動する	0		脱抑制
10	怒りっぽい	0		易怒性
11	忘れて同じことを何度も尋ねる	0		繰り返し質問
12	ものをためこむ	0		収集
13	大声・鳴声が続く、さけぶ	0		大声
過活動スコア(1~13)計				
14	悲観的で気分が落ち込んでいる	0		うつ
15	やる気がない、自分からは動かない	0		アパシー
16	声かけに反応がない、興味を示さない	0		無反応・無関心
17	心配ばかりする	0		不安
18	日中うとうとする	0		傾眠傾向
19	部屋・家から出たがらない	0		閉じこもり
低活動スコア(14~19)計				
20	夜間寝ないで活動する	0		昼夜逆転
21	異食や過食、拒絶	0		食行動異常(異食)
22	介護されることを拒否する(選択して○:更衣、整容、入浴、食事、他)	0		介護への抵抗
23	尿や便で汚す、何日も入浴しない(選択して○:風呂、異所排尿、弄便、他)	0		不潔行為
24	タバコ、ガスコンロ等の火元不適切管理	0		火の不始末
25	隠す、別な場所に置く、探し回る	0		物をなくす
生活関連スコア(20~25)計				
BPSD25Q(1~25)計				
26	幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出没	0		過活動性せん妄
27	ボーッととして覚醒レベル低下が出没	0		低活動性せん妄
BPSD+Q(1~27)合計				

自由回答欄: