

もの忘れ問診表（判る範囲でお書き下さい）

氏名 _____ 男 女 _____ 才 _____

職業（何歳まで働いていたか）： _____

生活様式 自宅 《 単身 同居（どなたと？ _____）》

高齢者住宅 有料老人ホーム グループホーム 老人保健施設、

特別養護老人ホーム その他（ _____ ）

現在の介護度 未申請 自立 要支援 I II 要介護 I II III

IV V

本日外来受診の主な目的&希望： _____

現在最も心配、困っていること： _____

添いの方とのご関係：配偶者 兄弟 息子 娘 嫁

その他（ _____ ）

物忘れの始まったのは _____ 年 _____ 月頃

最近あった物忘れの具体例

1 _____

2 _____

3 _____

行動障害の具体例（徘徊、昼夜逆転、物盗られ妄想、幻覚など）

1 _____

2 _____

3 _____

現在内服中のお薬

1 _____ # 2 _____ # 3 _____ # 4 _____ # 5 _____

6 _____ # 7 _____ # 8 _____ # 9 _____ # 10 _____

現在利用している介護保険サービス

1 _____ # 2 _____

3 _____ # 4 _____

その他： _____