

物忘れ外来問診票

記入日： 令和 年 月 日

患者氏名 _____ □男 □女 □明 □大 □昭 年 月 日 歳

1. ご本人の《もの忘れ（認知症状）》は、いつごろから、どのような経過でしたか？

令和 年 月頃より、もの忘れがあった。

2. 現在のお体の状態について、一番近いものはどれですか？（一箇所に✓をつけてください）

- 体の不自由なところが全くない（自立）
- 体が多少不自由だが、バスやタクシーを使って1人で外出できる（J1）
- 体が不自由であるが、隣近所なら歩いて外出できる（J2）
- 1人での外出は難しいが、家の中ではだいたい身の回りのことができる（A1）
- 介助してもらっても外出が少ないし、家の中では横になっていることが多い（A2）
- 車イスが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる（B1）
- 車イスに乗り降りするのも1人では難しい。座っていることはできる（B2）
- 一日中ベッド上の生活。排泄、食事、着替えでの人手がかかるが、寝返りはできる（C1）
- 一日中ベッド上の生活。排泄、食事、着替えでの人手がかかり、寝返りもできない（C2）

3. 現在の《もの忘れ》について、一番近いものはどれですか？（一箇所に✓をつけてください）

- 特に《もの忘れ》はない
- 何らかの症状（話がくどい、忘れっぽいなど）があるが、生活上の支障はない（I）
- 今まで出来ていたことにミス（道に迷う、買い物か1人で出来ない等）が目立ってきた（IIa）
- 服薬管理ができなかったり、1人で留守番が出来なかったりするが、誰かが注意していれば自立できる（IIb）
- 着替え・食事・排泄が上手くできず時間がかかる。むやみに動き回ったり、食べられないものを口に入れたりするなど、注意していても理解できないことがある。（IIIa）
- 前記（IIIa）の状態が、週に1回以上、夜間に多くある。（IIIb）
- 生活面に支障をきたす症状や問題行動、意思疎通の困難さがあり、常に目を離せない。（IV）
- 幻覚・被害妄想や暴力行為、落ち込みがひどく、家族の手に負えない。（M）

4. 下記に該当するものに○をつけてください

- ・ 屋外歩行（該当するところに一箇所だけ○をつけてください）
①自立 ②介助があればしている ③していない
- ・ 車いすの使用（該当するところに一箇所だけ○をつけてください）
①用いていない ②主に自分で操作している ③主に他人が操作している
- ・ 歩行補助具・装具の使用（複数選択可）
① 用いていない ②屋外で使用 ③屋内で使用