

**問診表（物忘れ外来：ご家族用）**

**熊沢医院**

該当するものに○を付けて、必要なことがらを記入してください。

診察を受ける方（御本人）はあなたの（夫 妻 父親 母親 姉妹 兄弟  
友人 その他： ）

1. どのようなことで診察に来られましたか？

物忘れ 仕事・日常生活に支障 介護保険の申請のため  
具体的に（ ）

2. 困っていること、知りたいことを具体的にお書き下さい。

3. 何年前から物忘れがありますか？ \_\_\_\_\_ 年前

4. ご本人は身の回りのことは自分でできますか？

食 事（○、×） 整 容（○、×） 洗 顔（○、×） トイレ（○、×）  
着 替 え（○、×） 入 浴（○、×） 歯 磨（○、×） 外 出（○、×）

5. 以前と比べて性格が変わりましたか？

具体的に（ ）

6. 次の症状はありますか？あれば○をつけて下さい。

幻 覚 妄 想 昼 夜 逆 転 暴 言 暴 行 火 の 不 始 末 徘 徊

7. 次の病気がありますか？ あれば○をつけて下さい。

高 血 圧 ・ 糖 尿 病 ・ 高 脂 血 症 ・ 脳 卒 中 ・ 腎 臓 病 ・ 肝 臓 病 ・ う つ 病

8. 治療中のお薬はありますか？ ある ない

（通院中の病医院名： \_\_\_\_\_）

9. 介護保険の申請はしていますか？ している していない

10. 体が不自由なことはありますか？ ある ない

ある方：具体的に（ ）

\* 他に気になることは、以下に書いていただければ参考になります。