

氏名

物忘れ外来問診票

済衆館病院 脳神経内科

記入日 年 月 日

以下のことについて該当するものをまるで囲んでください。質問については()内に記入してください。

- Q1: 同じことを何回も聞く
いいえ・はい いつからですか?()
- Q2: 食事をしたことを忘れて「食べてない」と言う
いいえ・はい いつからですか?()
- Q3: ものの置き場所を忘れ、大事なものをなくす
いいえ・はい いつからですか?()
- Q4: 日付、時間の感覚がない
いいえ・はい いつからですか?()
- Q5: シャツやズボンをきちんと着られない
いいえ・はい いつからですか?()
- Q6: 買い物などで計算ができない
いいえ・はい いつからですか?()
- Q7: 外出すると迷子になる
いいえ・はい いつからですか?()
- Q8: トイレがうまくできない、お漏らしをする
いいえ・はい いつからですか?()
- Q9: 家でなにもせずじっとしていることが多くなった
いいえ・はい いつからですか?()
- Q10: すぐに怒る
いいえ・はい いつからですか?()
- Q11: 夜間(昼間)ごそごそする、徘徊する
いいえ・はい いつからですか?()
- Q12: ものを盗まれたという
いいえ・はい いつからですか?()
- Q13: 幻覚が見える
いいえ・はい いつからですか?()
- Q14: 仕事(家事)に支障ががでる
いいえ・はい いつからですか?()
- Q15: 今までに大きな病気、あるいは手術をしたことがある
いいえ・はい (部位: 何歳の時)
- Q16: アルコール(酒・ビール)を飲む
いいえ・はい (1日に 合または 本)
- Q17: その他、気になる症状はありますか?
()以上