

物忘れ外来問診票

記入日 年 月 日

ご本人のお名前

質問	どちらかに チェックする		いつからですか？
	はい	いいえ	
Q1	同じことを何度も聴く		
Q2	食事をしたことを忘れて「食べていない」と言う		
Q3	ものの置き場所を忘れ、大事なものをなくす		
Q4	ものを盗まれたという		
Q5	日付、時間の感覚がない		
Q6	外出すると迷子になる		
Q7	徘徊する（昼・夜）		
Q8	前よりも怒りっぽくなった		
Q9	実際にそこにはいない物やいない人が見えることがある		
Q10	睡眠時に大きな声の寝言や異常な行動がある		
Q11	買い物などで計算ができない		
Q12	新聞やテレビの内容が理解できない		
	1人で外出が できる		
Q13	はい の場合： 範囲（近所の散歩・買い物・市外） 方法（徒歩・自転車・自動車・公共交通機関）		
Q14	家で何もせずじっとしていることが多くなった		
Q15	地域の集まりや友人との付き合いが続けられていない・頻度が減った		
Q16	前は行っていた趣味活動が続けられていない		
Q17	物忘れのせいで、仕事（家事）に支障がでている		
Q18	シャツやズボンをきちんと着られない		
Q19	トイレがうまくできない、お漏らしをする		
Q20	その他、気になる症状はありますか？		

済衆館病院 脳神経内科 2024.5.30改訂

解答者氏名

(続柄)