**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。 |

1. 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） |

1. 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、買い物が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） |

1. 下記に該当するものに〇をつけてください

|  |
| --- |
| ・ 屋外歩行（該当するところに一箇所だけ〇をつけてください）  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〇をつけてください）  　　　　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 |