

物忘れ外来を受診いただく皆様へ

受診の際にはマイナンバーカードまたは資格確認証, お薬手帳, 介護保険証(申請済の方のみ), 問診票を持参してください。

「物忘れ外来」に来院されましたら, お薬手帳, 問診票, 介護保険証(申請済の方のみ), 診療情報提供書(持参の方のみ)を受け付けへ提出してください。

かかりつけ医がある場合, 可能であれば「診療情報提供書」の持参をお願いします。

受診時には必ず配偶者の方や家族の付き添いをお願いします。

また, 受診～検査・診察終了までに時間を要しますのでご了承ください。

診察までの流れについて

①配偶者の方や家族の方は受診前に必ず「問診票」に本人の症状・困りごとなど詳しく記載して, 受け付けへ提出してください。

↓

②患者様本人は「全身の健康診断」と説明し頭部 CT, 胸腹部レントゲン, 心電図, 高次脳機能検査(MMSE など), 血液検査など一通りの検査を行います。

↓

③検査終了後, 患者様本人・付き添いの方と一緒に診察に入ってください, 医師より検査結果説明を行います。診察内に入られましたら, 医師より患者様本人へ質問をしますが患者様本人の返答が事実と異なる場合でも本人の記憶検査の一環となるため訂正をしないようにお願いします。

▽ 今後の受診について

- 毎回受診前に、困りごとについてノートを受付へ提出してください。
- 特に困っている項目は二重線を引いてください。
- 記載量が多い場合には最後に3行程度にまとめてください。
- 必要な場合には相談員(社会福祉士)と家人のみでの面談を行います。

■ 診断後支援について

- ▽診断後、認知症治療が開始されます。同居家族は必ず内服管理・服薬確認を行ってください
声掛けだけでなく実際に服用していることを確認してください。

▽ 介護保険の申請について

- 担当の「地域包括支援センターまたは市役所」で介護保険を申請してください。
- 鈴鹿市在住の方はオレンジ色のパンフレットをご確認ください。
- 鈴鹿市以外の方は市役所の介護保険担当窓口などで確認してください。

▽ 介護保険申請後の流れについて

- 申請→認定調査→認定審査会→認定区分結果郵送(申請から結果が出るまで約3ヵ月かかります)
- 結果が出たら、担当の地域包括支援センターへ連絡しケアマネージャーとの契約をしてください

▽ 自動車運転について

- 認知症の診断がある方は「道路交通法」で禁止されています。
- 自主返納が難しい場合は家族(支援者)が「自動車運転免許センター適正係」に相談してください。
- 当院より「認知症」と診断されていることを伝えてください。
- ※三重県運転免許センター連絡先 059-229-1212(適性係)

【問診票】

ふりがな			性別
患者氏名			男・女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	歳
住所	〒		
連絡先			
記入者名		本人との関係:	
緊急連絡先 (氏名・続柄も記入)	氏名:		続柄:
	電話番号/		
	氏名:		続柄:
	電話番号/		

※以下の質問で当てはまるもの全てにチェック☑をつけてください。

■**当院受診のきっかけ, 紹介機関など**

- 病院・クリニック 紹介状あり・なし (医療機関名:)
 地域包括支援センター 居宅介護事業所, 介護サービス事業所 その他()

■**当院受診の目的**

- 鑑別診断 介護保険主治医意見書 診断書(内容:)
 その他()

■**かかりつけ**

- なし あり(医療機関名:)

■**就労**

- なし あり(勤務内容, 就労時間等も記載してください)

■**自動車運転免許**

- なし あり(有効期限/ 年 月 日 まで) 車体の傷 有 / 無
 その他(※例)原付バイクなど:)

■**嗜好品**

- ・飲酒 飲酒なし 飲酒あり(1日あたりの飲酒量, 銘柄まで記載してください)
 ・たばこ 喫煙なし 喫煙中(本/日)

■既往歴

なし

あり(高血圧・糖尿病・脂質異常症・高尿酸血症・気管支喘息・不整脈・てんかん・精神疾患)

その他・手術歴,病気などありましたら↓枠内に記載してください

--

■生育歴

・最終学歴: _____

・趣味 : _____

・信仰 : _____

■同居者(二世帯住宅含む)

なし あり(本人との関係(例:配偶者, 内縁, 長男家族など))

※配偶者の方で介護認定等受けている場合は認定区分/担当ケアマネジャーの氏名も記載してください

本人との続柄	年齢	関りの有無	仕事 (会社員, パート等)	その他
		有・無		
		有・無		
		有・無		

■結婚歴

なし あり 離婚 死別(年前)

・こども なし あり ※子供がいる場合の方は下記もご記入ください

続柄	年齢	居住地	本人と同居	健在・死亡	結婚歴 子の同居家族
例) 長男	51	津市	有・無	健在・死亡	結婚歴: 未婚・既婚・離婚 子供の同居家族: 配偶者・子(人)
			有・無	健在・死亡	結婚歴: 未婚・既婚・離婚 子供の同居家族: 配偶者・子(人)
			有・無	健在・死亡	結婚歴: 未婚・既婚・離婚 子供の同居家族: 配偶者・子(人)
			有・無	健在・死亡	結婚歴: 未婚・既婚・離婚 子供の同居家族: 配偶者・子(人)
			有・無	健在・死亡	結婚歴: 未婚・既婚・離婚 子供の同居家族: 配偶者・子(人)

■血縁の家族の中に若年性認知症(65歳未満発症)の方,他の精神科疾患にかかられた方はいますか

なし

あり(続柄: _____, 病名: _____, 発症年齢: _____)

■介護保険認定

なし あり(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) 有効期限/ 年 月 日まで

施設入所中(施設名: _____)

・担当ケアマネージャー(事業所: _____, 担当者名: _____)

・利用サービス(施設名・利用日まで記載: _____)

■物忘れの症状で医療機関を受診したことはありますか

ない

ある(受診日: 年 月頃, 医療機関名: _____)

・検査内容(_____)・診断結果(_____)

■現在の困りごとについて教えてください ※空白に自由記載してください。

・困っている症状(例:怒りっぽくなった,暴力を振るう,見えないものが見える,徘徊する等)

■症状はいつから,どのような症状がありますか(詳細に記載してください)

例)2025年夏頃より,繰り返しの会話,物の置き忘れしまい忘れ出現.お経が聞こえる,誰も居ないのに子供がいる,物を盗むと訴えるようになった等

△症状が始まった時期: 年 月 日(歳)頃より

■現在の当てはまる症状全てにチェック☑してください

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 同じことを繰り返して言う、質問する | <input type="checkbox"/> 物の置き忘れ、しまい忘れ |
| <input type="checkbox"/> 辻褄の合わない会話 | <input type="checkbox"/> 身だしなみに気を遣わなくなった |
| <input type="checkbox"/> 慣れた道で迷うことがある | <input type="checkbox"/> 月日曜日がわからない |
| <input type="checkbox"/> 料理の段取りが遅くなった、作らなくなった | <input type="checkbox"/> 洗濯機、電子レンジなど家電操作ができない |
| <input type="checkbox"/> 同じ物を何度も購入する・多量に購入する | <input type="checkbox"/> お金の計算が出来ない |
| <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった | <input type="checkbox"/> 尿・便失禁がある |

■以下のような症状はありますか(あてはまる症状全てにチェック☑してください)

- 2ヶ月内で体重増加または減少がある
- はっきりしている時とぼーっとしている時がある(症状変動)
- 問いかけに反応しない、暫くすると反応することがある(意識消失)
- 急に意識がなくなる、倒れることがある(意識消失)
- 睡眠時に大きな寝言、叫び声、手足をばたばたさせることがある(レム睡眠行動障害)
- 体の傾き、物によくぶつかる、転倒することがある(運動機能・半側空間無視)
- 体が動かみにくい、手足の震え、箸やボタンを閉める等細かい作業がしにくいことがある(動作)
- 一歩目が出ない、よちよち歩く、転倒が増えた(運動障害)
- 聞こえない音が聞こえる、実際に居ない人、動物やない物が見えることがある(幻視・幻聴)
- 「～しないといけない」等命令されるような声が聞こえることがある(幻聴)
- 誰もいないが、誰かがいるような感じすることがある(実態意識性)
- 「～が盗まれた」等物盗られ妄想がある(物盗られ妄想)
- 以前より怒りっぽくなった、物を投げる、暴力を振るう(易怒・興奮)
- 落ち着かない、そわそわしていることがある(不安)
- 人の不幸を笑う、自己中心的な言動、万引きをする(反社会的言動)
- セクハラ行為、露出行為、性的発言など(性的問題行動)
- 食べ物ではない物を食べる(異食)
- 同じ物ばかり食べる(食傾向の変化)
- 毎日同じ時間に同じ行動(散歩、食事、発語)を記憶正しく繰り返す(常同行動)
- 日中寝ているが夜間起きている(昼夜逆転)

※上記に当てはまる場合、いつから、どのような症状か詳細に記載してください

■ 日常生活動作について ※該当する方を○で囲んでください

- ・排泄動作が自分でできますか (できる・できない・一部介助・全介助・不明)
- ・お風呂に一人で入ることができますか (できる・できない・不明・入らない)
- ・自分で食事を食べることができますか (できる・できない・介助が必要)
- ・一人で歩くことができますか (できる・できない・車椅子・歩行器・杖・手引き)
- ・着替えを一人ですることができますか (できる・できない・準備すればできる・介助が必要・不明)
- ・身だしなみを整えることができますか (できる・できない・介助が必要・不明)
- ・薬を自ら管理し毎日服用することができますか (できる・できない・拒否・家族で対応・不明)
- ・薬カレンダーをセットすれば服用することができますか (できる・できない)
- ・金銭管理(支払い・通帳管理)を自ら行うことができますか (できる・できない・以前から家人・不明)
- ・洗濯・掃除を行うことができますか (できる・できない・以前から家人・不明)
- ・公共交通機関(バス・電車・タクシーなど)を利用することができますか (できる・できない)
- ・自宅電話, 携帯電話を操作することができますか (できる・できない)

■ 認知症治療薬について

- ・「認知症」の診断が出た場合, 認知症治療薬開始を希望しますか (はい・いいえ)
- ・新薬「抗アミロイドβ抗体薬」(レカネマブ・ドナネマブ)の希望はありますか (はい・いいえ)
- ・治療開始後, 状態が安定したらかかりつけ医への移管を希望しますか (はい・いいえ)

■ そのほか気になることを記載してください

以上です。
この問診票を受け付けへ提出し, 診察の順番までお待ちください。
ますずがわ神経内科クリニック