

物忘れ外来を受診いただく皆様へ

来院時, 受付にご提出ください.

- ① マイナンバーカードまたは資格確認証
- ② お薬手帳
- ③ 介護保険証（申請済みの方のみ）
- ④ 他院からの診療情報提供書（お持ちの方のみ）
- ⑤ 問診票

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

受診時は, 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

- 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 患者様本人へは, 「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・ご家族と一緒に診察に入っていただき, 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.

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.

記入日 年 月 日

【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			本人との関係：
緊急連絡先	氏 名：	続柄：	
	電話番号：	配偶者 ・ 妹 ・ 弟 長男 ・ 次男 ・ 三男 長女 ・ 次女 ・ 三女	
	氏 名：	続柄：	
	電話番号：	配偶者 ・ 妹 ・ 弟 長男 ・ 次男 ・ 三男 長女 ・ 次女 ・ 三女	

※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： ）

■自動車運転免許

- ☐なし ☐あり（有効期限 令和 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： ）
・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))

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 (ケアマネジャー等)
		有・無		
		有・無		
		有・無		

※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

■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：_____)

・担当ケアマネジャー (事業所：_____, 担当者名：_____)

・デイサービス・デイケア (事業所：_____, 月・火・水・木・金・土)

・ショートステイ (事業所：_____)

■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()

■現在の当てはまる症状全てにチェック☑してください

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

■上記の症状は, いつから, どのような出来事があったか, 詳細に記載してください.

※書ききれない場合は P7 下部に記載してください. ★重要項目のため必ず記載してください.

例:2025 年 7 月～	同じ話をする, 物の置き忘れしまい忘れ出現. 子供の名前がわからない. お経が聞こえる. 誰も居ないのに子供がいると言う, 物を盗まれたと訴える等
年 月 日～	
年 月 日～	
年 月 日～	

■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)

■現在の困りごとや, そのほか気になることを記載してください