

※患者様の状態をよくご存じの方(ご家族様など)によるご記入をお願い致します

脳機能評価外来事前問診票		(西暦でご記入ください)	
記入日：		年	月 日
ふりがな	男・女	生年月日	(西暦でご記入ください) 年齢
患者氏名		年 月 日	
ご住所			
かかりつけ医、 現在通院している病院			
現在治療中の病気 (高血圧、緑内障…など)			
現在もらっているお薬 (すべてご記入ください)			
今までにかかった病気や 受けた手術		※交通事故や頭を打った・けがをしたことがあればそちらもご記入ください	
最終学歴	最も長く働いた仕事		
趣味			利き手 右・左

- あてはまる症状にチェック☑を入れてください。
- | | |
|--|--|
| ☐ 今日の日付(年月日)が言えない | ☐ 一つ一つ指示をしないと行動できない |
| ☐ 自分の年齢が正しく言えない | ☐ はっきりしている時とそうでない時の差が激しい |
| ☐ 今の季節や今いる場所がわからない | ☐ 急に意識がなくなってもうろう状態になる |
| ☐ 最近あった出来事を忘れる | ☐ 動作に時間がかかるようになった |
| ☐ 同じことを何度も話す・尋ねる | ☐ 薬の自己管理ができない |
| ☐ 作り話やつじつまの合わない話をする | ☐ 抑うつ的で涙もろい |
| ☐ しまい忘れや置き忘れが増え、
いつも探し物をしている | ☐ 自分でも物忘れを気にしている |
| ☐ 同じ物を何度も買う | ☐ いつも同じ時間に同じことをする
(いつも決まった時間に同じコースを歩くなど) |
| ☐ 日課や家事をしなくなった | ☐ こだわりが強くなった |
| ☐ 徘徊する(一人で外を歩き回る) | ☐ 食事の嗜好が変わった |
| ☐ 慣れた道でも迷うようになった | ☐ 落ち着きがなく不安そうにしている |
| ☐ 火や水の不始末がある | ☐ 周りへの気遣いがなくなった |
| ☐ 一人では洋服を着ることができない | ☐ 被害妄想がある
(「〇〇から嫌がらせを受けた」などと言う) |
| ☐ 一人では入浴できない | ☐ 物やお金を盗られたと人を疑う |
| ☐ トイレの失敗がある | ☐ 幻覚がある
(その場にいない人や動物がそこにいると言う) |
| ☐ 人や物の名前が言えなくなった | ☐ 睡眠中に大声を上げる |
| ☐ リモコンや電化製品などの
使い方がわからない | ☐ 暴言や暴力があり怒りっぽい・抵抗する |
| ☐ 約束や予定を忘れる | ☐ 清潔にできない・冷蔵庫に古い物が入っている |
| ☐ 字が書けなくなった | ☐ 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった |
| ☐ 身だしなみに構わなくなった | ☐ 自分の失敗を人のせいにする |
| ☐ 意欲がなく、何をするのも嫌がる | |
| ☐ 家の中に閉じこもって外出しない | |

※裏面もご記入ください

- 気になる症状はいつ頃からありましたか？ _____
- 家族構成について教えてください。
☐一人暮らし ☐ご家族と同居(患者様を含めて _____ 人暮らし) ☐施設入所中
同居されている場合、どなたと同居されていますか？ _____
- 自動車やバイクなどの運転はされていますか？(複数回答可)
☐している ☐していない ☐本人はしたがっているが周囲が止めている ☐免許証返納予定
- お酒は飲めますか？
☐もともと飲まない ☐以前は飲んでいたが今は飲んでいない ☐飲んでいる
飲酒される(または以前されていた)場合、頻度や量をご記入ください。 _____
- たばこは吸われますか？
☐もともと吸わない ☐吸う→一日にどれくらい吸われますか？ 1日に _____ 本くらい
☐以前は吸っていたが今は吸っていない→何才頃まで吸われていましたか？ _____ 才頃まで
- 福祉サービスをご利用されていますか？
☐利用していない ☐利用している→サービス内容： _____
【要介護(要支援)認定】☐あり→要支援(_____)・要介護(_____) ☐申請中 ☐なし
【要介護(要支援)認定を受けてある場合】ケアマネジャー→事業所： _____ 担当： _____
- 今回の受診のご希望としてあてはまるものにチェック☑を入れてください。(複数回答可)
☐急に悪くなったので検査をしてほしい・認知症かどうか診断してほしい
☐認知症の状態や程度(重症度)を知りたい
☐認知症であれば今後どのように症状が変化していくのかを知りたい
☐認知症の進行予防として薬を処方してほしい ☐精神症状が強いので薬を処方してほしい
☐症状がひどいので対応の仕方を知りたい ☐入院させたい
☐介護保険の申請を行ってサービスを利用したい・施設に入所させたい
☐自動車の運転をやめさせたい・運転免許証の返納を考えている
☐その他→ _____
- 今回の受診について、患者様(ご本人)へはどのように説明されていますか？
☐物忘れ・認知症の検査を受けると説明している
☐その他→ _____
- お困りごとやおたずねなどがありましたらお書きください。

問診票をご記入された方のお名前	患者様との続柄
ご連絡先(お電話番号)	
受診の際は上記の方が付き添われますか？ ☐ はい ☐ いいえ→どなたが付き添われますか？ 患者様との続柄： _____	
付き添いの方が複数名いらっしゃる場合、どなたが同伴されるか(患者様との続柄)をご記入ください。 _____	
患者様の治療や介護についてなどの方針を決める際、ご家族で中心となられる方はどなたですか？ _____	

ご記入ありがとうございました。