

# 物忘れ 初回受診時 問診票

受診される方のお名前 \_\_\_\_\_ (患者様との関係 \_\_\_\_\_ )  
(同居を \_\_\_\_\_ している・していない)

1・物忘れ等の変化に気づかれたのはいつ頃ですか？ 令和 年 月頃

2・物忘れは進行していますか？ はい(□ゆっくり □急速に □階段状に) いいえ

3・現在のおかしいと感じられた症状にチェックをつけてください

- 同じことを繰り返し聞いたり、話したりする。
- 物の名前が出てこない
- お金の計算を間違えることが増えた
- 置き忘れやしまい忘れがよくある
- 今日が何日か、何曜日かわからないことがよくある
- 慣れているところで道に迷った
- 薬の飲み忘れが多くなった
- いつもの仕事、炊事、洗濯、掃除などがうまく出来なくなった
- 火の始末 (鍋や、やかんをこがす)やガスの止め忘れがある
- 身だしなみに気を遣わなくなった
- 以前あった興味や関心がうすらいでいる
- 短気になったり興奮したりすることがある
- 「物を盗られた」という訴えがある
- 「見えないものがみえる」、「聞こえない音が聞こえる」という
- 症状が時間や日にちによって変わる
- 動作がゆっくりとなり、歩きにくさがある