

## 物忘れ外来

では、今までや現在の日常生活について詳しくお話を伺います。

お手数ですが、診察前に、以下の事柄についてご記入くださいますようお願いいたします。

なお、ご本人ではなく、ご家族など付き添いの方がご記入ください。

|                     |             |       |              |
|---------------------|-------------|-------|--------------|
| フリガナ                |             |       | No.          |
| 氏名                  | 男 ・ 女       |       | 初診日<br>年 月 日 |
| 生年月日                | 明治・大正・昭和・平成 | 年 月 日 | 年齢 才         |
| 住所                  | 〒 —         |       | 電話番号<br>— —  |
| 身長                  | cm          | 体重 kg | 体温 度         |
| 記入者のお名前と<br>患者様との関係 | [ ]         |       | 電話番号<br>— —  |

現在どんな事でお困りでしょうか？以下で当てはまるもの全てに○、もしくは空欄に記入して下さい。

### 物忘れ、知的な変化について

- ① すぐ前の出来事をそっくり忘れる
- ② 同じことを何回も言ったり、聞いたりする
- ③ 置き忘れやしまい忘れが多い
- ④ 日付や時間がわからなかったりする
- ⑤ 知っている道や場所で迷う
- ⑥ 良いときと悪いときとの差が激しい

### 身体症状について

- ① ろれつが回らなくなった
- ② 手や足がふるえる(部位:右手、右足、左手、左足)
- ③ 転倒しやすい
- ④ 食べ物のむせこみがある
- ⑤ 利き手はどちらですか？( 右手 ・ 左手 )

### 精神・心理症状、行動上の変化について

- ① 他人がものを盗んだり、危害を加えたりすると思いつむ
- ② 実際にはいない人に話しかける
- ③ 援助や介助に協力しなかったり抵抗したりする
- ④ 以前と比べて活気がなくなった
- ⑤ せっかちであったりイライラしたりしやすい
- ⑥ 熱心に同じこと(徘徊、その他の無意味な動作など)繰り返す
- ⑦ 夜間あるいは早朝から起きだす

### その他の症状

〔具体的に: ]

この症状はいつ頃からありましたか？ [ ]年 [ ]月頃から

そのきっかけはありましたか？ [ ]

### これまでにした大きな病気や怪我、現在治療中の疾患はありますか？

[ 歳 ] 病名 [ ] 病院名 [ ]  
[ 歳 ] 病名 [ ] 病院名 [ ]  
[ 歳 ] 病名 [ ] 病院名 [ ]

裏面もありますので、ご記入ください



これからの質問は、患者さんのここ数週間における精神症状や行動障害をご家族の方に教えていただくものです。

それぞれの質問に「はい」か「いいえ」のあてはまる方を○で囲ってください。

「いいえ」に○をつけた場合は、次の質問に進んでください。

「はい」に○をつけた場合は、その症状がどれくらい重いのかにも○をつけてください。

|  |                                       |           |
|--|---------------------------------------|-----------|
|  | IDNo.                                 |           |
|  | 記入日                                   | 年 月 日     |
|  | 患者様名                                  |           |
|  | 記入者名                                  |           |
|  | 患者様との続柄を教えてください。<br>妻・夫・息子・娘・嫁・兄弟・( ) |           |
| A. 妄想<br>患者さんは間違っていることを堅く信じていますか？ 例えば、他人が何らかの方法で患者さんから何かを盗もうとしているとか、患者さんに危害を加えるつもりであると患者さんは考えていますか？    | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| B. 幻覚<br>患者さんは、事実と異なるものが見えたり、聞こえたりしますか？ 例えば、そこに存在しないものを聞いたり見たりするように思われますか？                             | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| C. 興奮／攻撃<br>患者さんは、時々、他人の助けを嫌がるか、あるいは扱いにくいのですか？   | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| D. 憂うつ／不快<br>患者さんは、悲しそうに見えたり、憂うつであると言ったりしますか？ 泣くことはありますか？  | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| E. 不安<br>患者さんは、あなたから引き離されると、落ち着きを失いますか？ 患者さんは、何か他に不安になっている証拠がありますか？ (息切れ・ためいき・くつろぐことができない・非常に緊張するなど)   | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| F. 意気揚々／多幸<br>患者さんは調子が良すぎるようにみえたり、過剰に楽しそうにふるまったりしますか？  | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| G. アパシー／無関心<br>患者さんは、自分のいつもの活動や、他人の活動と計画に関心が薄くなっているようですか？  | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| H. 脱抑制<br>患者さんは、衝動的にふるまうように見えますか？ 例えば、患者さんはまるで知りあいであるかのように知らない人に話しかけたり、あるいは他人の感情を害するかもしれないことを言ったりしますか？ | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| I. 被刺激性／不安定<br>患者さんは、イライラしていたり、怒りっぽかったりしますか？ 予定された活動が遅れたり、待たなくてはならないと、うまく処理できませんか？                     | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| J. 行動の異常<br>患者さんは、繰り返し行為をしますか？ (家の中をうろうろ歩きまわる・ボタンをいじる・ひもを巻きつけるなど)                                      | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| K. 睡眠<br>患者さんは、夜中にあなたを起こしたり、非常に朝早く起きたり、あるいは日中過度にうたた寝をしますか？   | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |
| L. 食欲と食行動の異常<br>患者さんは体重が増えたり減ったりしましたか？ 患者さんが好きな食べ物の種類に変化がありましたか？ (好みに変化がありますか？)                        | いいえ                                   |           |
|  | はい                                    | 軽度 中程度 重度 |