

認知症の問診 (ver1.1)

氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

次の質問に当てはまる場所 (□) に✓してください

記入者： 本人 家族 (関係： _____) その他： (関係： _____)

1. -1 診察を受けたきっかけは何ですか？
自分で物忘れが気になった 人から勧められた その他 (_____)
- 2 いつ頃から気になりましたか？
 (_____) 年以上前から 数ヶ月前から 最近急に
気になっていない
2. 薬 (風邪薬など) が効きすぎたことはありますか？
ある 特にない
3. 物忘れについて
人の名前などが出づらくなった つい先程のことを言われても思い出せない
忘れることが多いが言われればすぐ思い出す
最近のことは忘れやすいが昔のことはよく覚えている 特にない
4. 睡眠について
寝付きが悪い 途中で目覚める 熟睡感が無い
昼夜が逆転している 大声で寝言を言う 悪夢を見る 特にない
5. 不安・抑うつ・無関心について
不安になる 気が滅入る 夜眠れない
今まで好きだったことをしなくなった 社交性がなくなった 特にない
6. 感覚の障害について
視力が低下した 聴力が低下した 味がしない 匂いがしない
特にない
7. 歩行について
歩き方がおかしい 転びやすい 特にない

