

東京都健康長寿医療センター
もの忘れ外来 問診票

1. ご本人

名前：..... (ふりがな：.....) 性別： 男 ・ 女

生年月日：大正 ・ 昭和.....年.....月.....日生まれ 年齢：.....歳

住所：〒.....

(アパート・マンション名).....号室

電話番号：.....

2. 記入する方 受診される方との居住形態 同居 ・ 別居

名前：..... 続柄：..... 年齢：.....歳

別居の場合

住所：〒.....

(アパート・マンション名).....号室

電話番号：.....

3. どなたに受診をすすめられましたか。チェック☑をして下さい。

 病院・クリニック 紹介状 なし ・ あり 医療機関名：..... 地域包括支援センター 市区町村の保健所、保健センターなど 介護支援事業所、介護サービス事業所 (ケアマネジャー・訪問看護ステーション・介護保険施設など) その他.....

4. 日中の連絡先

受診日までにご連絡を差し上げる場合がございます。昼間の連絡先をご記入ください。

昼間の連絡先： 自宅 ・ 勤務先 ・ その他 電話番号：.....

都合のよい曜日：月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金

1、2 で記入された方と異なる場合、お名前をご記入ください。

お名前：..... 続柄：.....

研究のためのデータ使用についてのお願い

当院認知症センター（もの忘れ外来および精神科・神経内科・附属研究所）は、専門医療の提供とともに臨床研究を行い、認知症をはじめとする神経精神疾患の医療の発展に寄与することを目的としています。そのため、通常の診療で行う各種検査の結果や問診票などの内容を、個人情報に十分配慮したうえで、研究データとして使用することがあります。学会や論文で発表する際には、プライバシーが外部に漏れたり、身元や個人が特定される形でデータが公表されることは一切ありません。なお、同意されなくても診療上の不利益をこうむることはありません。また、いったん同意された後でも、同意を撤回することができます。ご理解の上、ご協力いただけますようどうぞよろしくお願いいたします。

私は、通常診療の中で実施した問診票や検査結果の内容を研究データとして使用し、学会等で公表する場合があることについて説明を受けました。データの使用と学会等での公表について、

同意します

同意しません

令和 年 月 日

ご氏名（ご本人）.....

ご氏名（代諾者）.....（続柄）.....

※当日の診療で改めて協力をお願いする場合があります。

5. 現在のお困りの症状について教えてください。また、それはいつごろから始まりましたか。

・お困りの症状（例：物忘れが多い、怒りっぽくなった）

・症状が始まった時期

年 月 日（ 歳）頃 [突然起こった ・ だんだん起こってきた]

6. 上記の症状で他の医療機関にかかったことがありますか。 ない ・ ある

[] 歳～ [] 歳 （医療機関名： ）

[] 歳～ [] 歳 （医療機関名： ）

7. 以下のような症状はありますか。当てはまる項目をチェック（）してください。

はっきりしている時とボーっとしている時がある

実際にそこにはない物が見えたり、いない人が見えることがある

体を動かしにくい、手足が震える、歩きづらといった症状がある

睡眠時に大きな声の寝言や異常な行動がある

臭いがわからなくなった

ご本人の身体の病気・体調について

8. これまでにかかった病気に○をつけ、発症した年齢と医療機関名をご記入ください。

病名	年齢	医療機関	病名	年齢	医療機関
高血圧			高尿酸血症		
糖尿病			気管支喘息		
脂質異常症			不整脈		

9. 上記の病気の他に、ケガ・病気・入院を要した手術をご記入ください。

病名・手術	発症年齢	医療機関



10. 常用しているお薬（サプリメント・薬局で購入した薬も含む） ない ・ ある

処方内容（お薬手帳など）のコピーを同封してください。
 あるいは、下記に処方した医療機関名とお薬の名前を記載してください（薬の名前がわからない場合は「高血圧の薬」などわかる範囲でお書きください）。

処方した医療機関	薬の名前

11. 今まで薬や注射で気分が悪くなったり、じんましんが出たことがありますか。

ない ・ ある (.....)

12. 嗜好品（たばこ・お酒）は現在もありますか？もしくは過去にありましたか？

嗜好品	時期	量・種類
たばこ（無・有）	～ 歳	本数： 本／日
お酒（無・有）	～ 歳	量： ml／日 頻度 日／週・月 種類：ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー・ その他（ ）

13. ご本人の現在の体調

(1) 食 欲： いつも以上 ・ いつもどおり ・ あまりない ・ ない

(2) 睡 眠： 眠れている ・ あまり眠れない ・ 眠れない
 約.....時間（.....時 ～時頃） ・ 一定ではない

(3) 便 通： 1週間に.....回程度 便秘気味 ・ ふつう ・ 下痢気味

ご本人の家族・生活について

14. 生活歴

(1) きょうだいを上から順にご記入ください。ご健在のきょうだいに○をつけてください。
 （記入例：兄・姉・本人・妹・弟）

.....（ご本人は.....人きょうだいの.....番目）

(2) 最終学歴（最後に出た学校）と教育年数

学校名： 教育年数： 年
 （例：小学校卒→6年 中学校卒→9年 高等学校卒→12年）

(3) 結婚歴 ない ・ ある

(4) 子供 ない ・ ある ※子供がいらっしゃる方は、下記をご記入ください

続柄	年齢	居住地	ご本人との同居の有無	健在・死亡	子供の結婚歴・ 子供の同居家族
例) 長女	45	板橋区	<input checked="" type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供（2人）
			<input type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供（人）
			<input type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供（人）
			<input type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供（人）
			<input type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴：未婚・既婚・離婚 同居家族：配偶者・子供（人）

(5) 血縁の家族の中に、認知症の方、脳血管の病気の方、精神科にかかれた方はいますか？

続柄	病名
例) 父	認知症 ・ 脳血管疾患 (脳梗塞) ・ 脳出血 ・ その他 精神科疾患 ()
	認知症 ・ 脳血管疾患 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ その他 精神科疾患 ()
	認知症 ・ 脳血管疾患 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ その他 精神科疾患 ()
	認知症 ・ 脳血管疾患 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ その他 精神科疾患 ()

(6) 職 歴 ない ・ ある

	(歳 ~ 歳まで)
	(歳 ~ 歳まで)
	(歳 ~ 歳まで)

(7) 趣味 信仰

(8) 自動車・オートバイなどの運転をしていますか？ している ・ していない

(9) 利き手 右 ・ 左 (矯正後)



このページは患者さまの日常生活について、よくご存じの方がご記入ください。
 いらっしやらない場合は、ご記入いただかなくて結構です。

*1 ページ目の項目 2.で記入した方と異なる場合、お名前をご記入ください。

記入する方 続柄： 名前：

18. 患者さんについて、日々の生活のご様子から判断して当てはまるものに○をつけてください。

		全くない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
1	同じことを何度も聞く					
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりする					
3	日常的な物事に関心を示さない					
4	特別な理由がないのに夜中起き出す					
5	根拠なしに、人に言いがかりをつける					
6	昼間、寝ていることが多い					
7	むやみに歩き回る					
8	同じ動作をいつまでも繰り返す					
9	乱暴にののしる					
10	場違いな、あるいは季節に合わない服装をする					
11	世話をされるのを拒む					
12	明らかな理由なしに物を貯め込む					
13	引き出しやタンスの中身を全部出す					

このページは患者さまの日常生活について、よくご存じの方がご記入ください。
 いらっしやらない場合は、ご記入いただかなくて結構です。

19. あなた（記入する方）の気持ちにもっとも当てはまると思う数字に○を囲んでください。

		思 わ な い	た ま に 思 う	時 々 思 う	よ く 思 う	い つ も 思 う
1	ご本人の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	0	1	2	3	4
2	ご本人のそばにいと腹が立つことがありますか	0	1	2	3	4
3	介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思えますか	0	1	2	3	4
4	ご本人のそばにいと、気が休まらないと思えますか	0	1	2	3	4
5	介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
6	ご本人が家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか	0	1	2	3	4
8	ご本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	0	1	2	3	4

質問は以上です

最後までご記入ありがとうございました。この問診票は、全9ページになります。
 患者さんにご家族にとって、充実した診療を提供させていただくための重要な情報
 となります。記入もれがないか、今一度ご確認をお願いいたします。

～ おねがい ～

受診後のフォローアップのため、初診より半年ないし1年後に、郵送またはお電話にて、
 近況をお伺いする場合があります。ご協力をよろしくお願いいたします。



問い合わせ先



東京都健康長寿医療センター
認知症専門相談室

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号
電話：03-3964-1141