問診表（物忘れ外来：ご本人用）　　熊沢医院

該当するものに○を付けて、必要なことがらを記入してください。

1．どのようなことで診察に来られましたか？

物忘れ　　仕事・日常生活に支障　　家人から勧められた

具体的に（　　）

2．困っていること、知りたいことを具体的にお書き下さい。

3．何年前から物忘れがありますか？　　年前

4．お仕事はしていますか？定年後なら、過去のお仕事は何ですか？

現在（　　）

過去（　　）

5．趣味、興味のあることはありますか？

（　　）

6．身の回りのことは自分でできますか？

食　事（○、×）　整容（○、×）　洗顔（○、×）　トイレ（○、×）

着替え（○、×）　入浴（○、×）　歯磨（○、×）　外　出（○、×）

7．外出はされますか？

毎　日　　週に数回　　月に数回　　ほとんどしない

8．次の病気がありますか？　あれば○をつけて下さい。

高血圧・糖尿病・高脂血症・脳卒中・腎臓病・肝臓病・うつ病

9．治療中のお薬はありますか？　　ある　　ない

ある（薬の名前　　）

10．体が不自由なことはありますか？　　ある　　ない

ある方：具体的に（　　）

＊　他に気になることは、以下に書いていただければ参考になります。