

質問用紙

※ご本人（診察を受ける方）以外のご家族がご記入下さい。

*全部で4ページあります。

1. 以下についてご記入ください

☆いつ頃から、どのような症状が始まりましたか？

☆ご家族はどのようなことを心配されていますか？

2. ご本人に関して伺います。

(1) 当てはまるものを○で囲み、「する」の場合は()内にご記入下さい。

- ・喫煙 しない/ する (一日に 本程度)
- ・飲酒 しない/ する (頻度は、1週間に 日程度 量は1回につき ml)

(2) 現在、病気で他の医院、病院に通院中ですか？服薬中の薬がありますか？

- ・ない
- ・ある 病名：
 病院名：
 服薬名：

(3) 今までに、病気の治療を受けたことがありますか？

- ・ない
- ・ある 心臓病 高血圧症 糖尿病 腎臓病 脳卒中 結核 肺炎 胃腸病
 肝臓病 胆石 緑内障 前立腺肥大症
 その他 (

(4) 血縁関係の方に脳神経系の病気を患った方はいらっしゃいますか？

(5) 介護申請はしていますか？

3. 治療方針についてお伺いします。

- ① 当院で可能な認知機能に関する検査
(血液検査 尿検査 頭 CT 改訂長谷川式認知症検査 MMSE-等)を希望する、
本人も検査を受けることを

希望する ・ 希望しない

- ② ①を希望するに○を付けた方にお聞きします。
医師が更に詳細な検査 (MRI 脳血流シンチグラム等) 検査が必要と判断
した場合は医師の紹介する病院に検査を

受けたい ・ 受けたくない

- ③ ②の検査を受けたいに○を付けた方にお聞きします。
兵庫医科大学病院 認知症疾患医療センター又は、
宝塚市立病院 心療内科に鑑別診断を

希望する ・ 希望しない

鑑別診断とは：

認知症かどうか、認知症であるならばどのような治療が可能か等を、
兵庫医科大学病院 認知症疾患医療センター、又は宝塚市立病院心療内科に
数回ご通院いただき、詳しく検査をして診断します。
診断後は当院での診療や投薬をします。

- ④ 検査を希望しない方にお聞きします。
当院にどのような診療を希望していますか？

年 月 日記入

あてはまる項目の番号に○をつけてください。

1. 若い時と比べて物覚えはかわらない。
2. もの忘れはあるが、日常生活にさしつかえない。
3. もの忘れが多くて、日常生活に支障がある。
4. ちょっと面倒なことが起こると混乱して考えがまとまらない。
5. お金の管理が出来なくなっている（計算ができない）。
6. 買い物に行って何度も同じ物を買ってしまう。
7. 大切なものをしまいこんで、どうしても探し出せない。
8. 最近のことがら（冠婚葬祭）を忘れてしまう。
9. 今、食事したのを忘れて、また食べたいと言う。
10. さっき来客があったことを忘れてしまう。
11. 年齢が正しく言えない(2,3年の違いは正解とする)。
12. 生まれた年を忘れている。
13. 生まれたところ（出生地）を忘れている。
14. 住所が正しく言えない。
15. 今日が何日かわからない。
16. 今が何月かわからない。
17. 今年は令和何年かわからない。
18. 自分のいるところがはっきり分かってない(自分の家を他人の家と思い込んでいる)
19. 家族を他人とまちがえる。
20. 気分が沈んで仕方ない。
21. イライラして怒りっぽい。
22. ガス、水道の始末ができない。
23. 夜になると、混乱がひどくなり、家の中を歩き回ったりする。
24. そこに居るはずのない人（たとえば亡くなった人）の姿が見えるとか、声が聞こえるとか言う。
25. 部屋の内にネコや犬などの動物が入ってきて困ると言う。
26. 家族や近所の人が悪意をされると思い込んでいる。
27. 家族が自分のものを盗むと思込んでいる。
28. 外へ出て行って、一人では帰って来られない。
29. 不潔なことをしても平気である。
30. 性的な行動で、びっくりさせられることがある。

お答えいただきありがとうございました。