

問診票（ご家族様用）

患者様のお名前（ ）

記入者のお名前（ ） 続柄（ ） 同居・別居

1) 以下のうちに当てはまるものに○をつけてください

1. 同じことを繰り返し言う、聞く
2. 置き忘れ、しまい忘れ
3. ものの名前が出てこない
4. 約束をよく忘れる
5. 同じものを繰り返し買ってくる
6. 日にちの感覚が悪い
7. もの盗られ妄想がある
8. 具体的な幻覚
9. 夜間に異常行動をする
10. 嗅覚・味覚が弱くなった
11. ときどき失神する
12. だらしなくなった
13. 同じ行動や言葉を繰り返す
14. 慣れているはずの道で迷う
15. 怒りっぽくなった
16. 興味関心がなくなった
17. 家事、趣味をしなくなった。
18. TVドラマが理解できない
19. 機械の操作ができなくなった
20. 頑固な便秘
21. その他（ ）

どの症状が最初に出ましたか？番号を書いてください（ ）

それはいつごろからですか？（ ）

有事のご連絡先として、
ご家族のご連絡先も記載をお願いいたします。

ご家族のお名前：_____

続柄：_____

電話番号：_____

2) 血縁者に、認知症の方はいらっしゃいましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

それはどなたですか？（ ）

3) 同居しておられる家族構成を教えてください

患者様の：夫・妻・息子・娘・婿・嫁・孫（ ）人・その他（ ）

同居していない子供さんはおられますか？ どこに住んでおられますか？（例：次女 名古屋）
（ ）

4) 介護保険認定はされていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

介護度はどれですか？（要支援1・2、要介護1・2・3・4・5）

5) 趣味や日課（ウォーキングなど）があれば、教えてください

（ ）

6) 現在車の運転はされていますか？ ☐ はい ☐ いいえ