

脳神経内科 問診票 (患者様用)

年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男 ・ 女 体温 _____ °C

1. 本日、受診された理由を教えてください。(あてはまるものに全て✓を入れてください)

- ご自身が物忘れを心配して
- 家族が物忘れを心配して
- 脳の精密検査を希望
- もの忘れの治療を希望
- 人に勧められて
- よくわからない
- その他 (_____)

2. 現在の体調で気になることはありますか。

(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 ・ あまり眠れていない ・ 眠れていない

約 _____ 時間 (_____ 時 ~ _____ 時) ・ 一定ではない

(3) 便秘： 毎日あり ・ 便秘気味 (_____ 日に 1 回)

(4) その他 (_____)

3. 以下のような症状はありますか。当てはまる項目に✓を入れてください。

- 同じことを何回も話したり、聞いたりする
- 出来事の前後関係がわからなくなった
- 服装など身の周りに無頓着になった
- 水道栓やドアを閉め忘れたり、後片付けがきちんとできなくなった
- 同時に 2 つの作業を行うと、1 つを忘れる
- 薬を管理して内服することができなくなった
- 以前は手際よくできていた家事や作業に手間取るようになった
- 計画を立てられなくなった
- 複雑な話を理解できない
- 興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などをやめてしまった
- 以前よりも怒りっぽくなった
- 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
- 体を動かすににくい、手足が震える、歩きづらといった症状がある

4. その他、気になることや希望などありましたら記載下さい。