

認知症早期発見・医療体制整備事業 協力医療機関

認知症!?

あなたや あなたの家族は
だいじょうぶ?

チェックシートの項目に3つ以上当てはまる方は、
お気軽に診察医にご相談ください。

鳥取県中部医師会

物忘れ問診票（ご家族・介護者用）

記載日：平成 年 月 日

患者様のお名前 _____

問診票記入者のお名前 _____

患者様とのご関係（_____）ご家族の場合（同居・別居）

物忘れにお気づきになったのはいつ頃ですか？またそのきっかけになる出来事がありましたか？

いつ頃：

出来事：

今、一番困っておられる症状はどのようなことですか？

血のつながりのあるご家族で、物忘れの方が：いる・いない

祖父・祖母・父・母・兄弟（_____）・その他（_____）

今までに次のような病気にかかったり治療を受けた事が：ある・ない

交通事故・頭のけが・脳卒中・高血圧・糖尿病・高脂血症・動脈硬化症・
心臓病・肝臓病・腎臓病・胃腸病・性病・甲状腺の病気・
その他の内分泌(ホルモン)の病気・神経症・自律神経失調症・うつ病・
アルコール依存症

本日受診された理由は？（複数可）：

- 1) 認知症を心配して：ご本人が・周りの方が（_____）
- 2) 脳の精密検査を希望
- 3) 物忘れの治療を希望
- 4) 人に勧められて：どなたからですか？（_____）
- 5) その他（_____）

「物忘れ」で今までに専門医療機関を受診されましたか？：はい・いいえ

受診された医療機関：_____（ ）科

介護保険制度を利用されていますか？：はい・いいえ

要介護度：要支援1・2・要介護1・2・3・4・5

ケアマネジャー：事業所（ ）

担当者（ ）

利用されているサービス：デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護

その他（ ）

その他、気になること・相談したいことがあればお書きください。

認知症の早期発見チェックシート

認知症は、あなたの気づかないところで進行しているかもしれません。
早期発見のためにも「あれ？おかしいな？」と思ったら、まず下の質問でチェックしてみましょう。

質問項目に3つ以上当てはまった方は、かかりつけ医にご相談ください。
(この認知症チェック項目は、あくまでも目安です。認知症の診断をするものではありません)

(記入日 平成 年 月 日)

住 所		電話番号	
あなたのお名前		その方との 関係	
どなたのことで すか			

番号	質 問 項 目	該当すれば○印
1	同じことを言ったり聞いたりする。	
2	物の名前が出てこなくなった。	
3	置き忘れやしまい忘れが目立ってきた。	
4	以前はあった関心や興味が失われた。	
5	だらしなくなった。	
6	日課をしなくなった。	
7	時間や場所の感覚が不確かになった。	
8	慣れた所で道に迷った。	
9	財布などを盗まれたという。	
10	ささいなことで怒りっぽくなった。	
11	蛇口、ガス栓の締め忘れ、火の用心ができなくなった。	
12	複雑なテレビドラマが理解できない。	
13	夜中に急に起きだして騒いだ。	

(出典：国立長寿医療センター)

その他にも気になることがありましたらご記入ください。

診療情報提供書 (認知症連携用)

紹介先
担当科
担当医

御中
御机下
紹介元医療機関
(住所)
TEL
FAX
科

患者氏名	様	(当院ID)
患者住所	〒		性別
電話番号			
生年月日	年 月 日 (歳)		職業

主訴病名	認知症(疑い)
紹介目的	上記精査(診断) <input type="checkbox"/> 初期治療・内服調整 <input type="checkbox"/> 継続治療(転医) <input type="checkbox"/> 行動・心理症状のコントロール <input type="checkbox"/> その他(
既往歴 家族歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他(
経過	(認知症早期チェックシート・家族用問診票を添付。その他特記事項をご記入ください。)
処方	(必ずご記載ください。あるいは処方箋の写しなどを添付してください。)

【添付書類等】

- 治療計画 検査結果
 画像診断に係る画像情報 その他 ()